

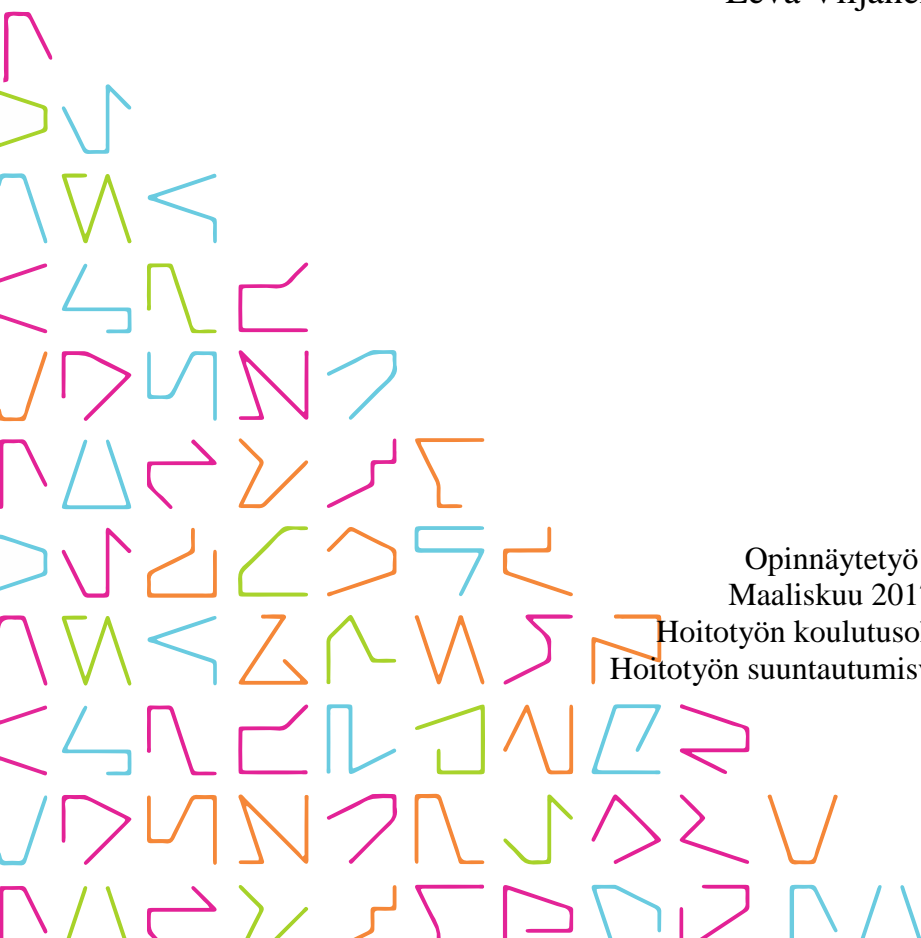


OBSTRUKTIIVISTA UNIAPNEAA SAIRASTAVIEN AIKUISTEN CPAP-HOITOON SITOUTUMINEN

Kirjallisuuskatsaus

Eeva Viljanen

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2017
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
 Hoitotyön koulutusohjelma
 Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

VILJANEN, EEVA:

Obstruktiivista uniapneaa sairastavien aikuisten CPAP-hoitoon sitoutuminen
 Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 52 sivua, joista liitteitä 7 sivua
 Maaliskuu 2017

Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa aikuisten uniapneapotilaiden hoitoon sitoutuneisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, jonka aineisto kerättiin elektronisista tietokannoista (Medic, CINAHL ja PubMed). Tiedonhaussa käytettiin suomenkielisiä hakutermejä: uniapnea, obstruktiivinen uniapnea, CPAP, hoitomyöntyvyys ja hoitoon sitoutuminen. Englanninkielisiä hakutermejä olivat: obstructive sleep apnea, continuous positive airway pressure, patient compliance ja patient adherence. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin 12 tutkimusta ja artikkelia, joista neljä oli suomenkielisiä ja loput englanninkielisiä. Tutkimukset ja artikkelit olivat kymmenen vuoden sisällä julkaistuja. Tämän opinnäytetyön sisällönanalyysissä yläkategoriaksi muodostui hoitoon sitoutuminen, josta muodostettiin kaksi alakategoriaa hyvä hoitoon sitoutuminen ja huono hoitoon sitoutuminen.

Uniapneapotilaiden CPAP-hoitoon sitoutuneisuusaste vaihteli analysoidussa aineistoissa 50–74 % välillä. Huono hoitoon sitoutuneisuus ilmeni heti hoidon alussa CPAP-laitteen vähäisinä käyttötunteina. Uniapnean hoitoon sitoutumiseen vaikuttivat monet tekijät. Vaikeaa uniapneaa sairastavat sitoutuivat hoitoon paremmin. Uniapnean aiheuttamien oireiden, kuten päiväväsymyksen, yöhikoilun ja kuorsauksen väheneminen paransi hoitomyöntyvyyttä. Muina hoitoon sitoutumista edistävinä tekijöinä nähtiin CPAP-laitteen helppokäyttöisyys ja maskin hyvä istuvuus. Vertaistuki ja myönteinen suhtautuminen sairauden hoitoon paransivat hoitoon sitoutumista. Muita hoidon onnistumisen kannalta tärkeitä tekijöitä olivat riittävä itsehoidon tuki, omaisten huomioiminen ja hoidon jatkuvuuden varmistaminen. Taustasairauksista erityisesti masennus ja refluksi heikensivät uniapnean hoitomyöntyvyyttä. Hoitoon sitoutumista heikensivät myös uniapnean lieväoireisuus, CPAP-laitteeseen asetettu matala paine tai epäsopeva maski ja CPAP-hoidon aiheuttamat hankalat sivuoireet, joista yleisimpiä olivat nenän- ja suun limakalvojen kuivuminen, jatkuva vesinuha tai nenän tukkoisuus, aivastelu sekä nenäverenvuoto. Osalla potilaista esiintyi lisäksi silmäoireita, hammaskipua ja aamupäänsärkyä.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksia on kuvattu opinnäytetyössä luvuissa 5.1–5.3. Tässä opinnäytetyössä keskityttiin uniapnean hoitoon sitoutumiseen vaikuttaviin tekijöihin. Tutkimusta voisi laajentaa tekemällä laajemman kirjallisuuskatsauksen, jossa vertailtaisiin uniapnean hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä esimerkiksi Pohjoismaissa. Lisäksi voisi tutkia, miten elämänlaatu on potilaiden kokemuksen mukaan muuttunut uniapnean hoidon aloituksen jälkeen. Tämän voisi toteuttaa haastattelututkimuksena tai kirjallisuuskatsauksena.

Asiasanat: obstruktiivinen uniapnea, hoitoon sitoutuminen, hoitomyöntyvyys, CPAP-hoito, potilasohjaus

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Nursing

VILJANEN, EEVA:

Adherence to CPAP Therapy in Adults with Obstructive Sleep Apnea Syndrome
Literature review

Bachelor's thesis 52 pages, appendices 7 pages
March 2017

The purpose of this thesis was to investigate adherence to CPAP therapy in adults with obstructive sleep apnea syndrome and to find out the factors affecting it. The thesis was carried out as a literature review. The data for this study was gathered from electronic databases (Medic, CINAHL and PubMed). The material had to be published in 2007 - 2017 and it covered sleep apnea, obstructive sleep apnea, CPAP, compliance and adherence to treatment. The selected material consisted of 12 studies and articles. The material was analysed by inductive content analysis. Content analysis of this study consisted of upper category adherence to treatment, which was formed two sub-categories good adherence and poor adherence.

CPAP adherence of patients ranged from 50% to 74%. The results show that many factors can influence on CPAP adherence. Patients with a higher apnea-hypopnea index (AHI) were those who better adhered to treatment. Also improvement of daytime sleepiness and effect of CPAP on satisfactory sleep improved patient compliance. Other factors that promoted adherence to treatment was the ease of use CPAP machine. Peer support and positive attitude towards the treatment of disease improved patients' adherence to CPAP-therapy. Other factors in the success of treatment were sufficient self-care support and ensuring continuity of care. Depression and gastroesophageal reflux were associated with poorer adherence. Adherence to treatment was also affected by unsuitable mask, lower CPAP-pressure and CPAP-related side effects. The most common side effects were dry mouth or nose, rhinitis symptoms, nosebleed, ocular irritation, tooth pain and morning headaches.

The results of the literature review are described in chapters 5.1–5.3. This thesis was focused on the treatment of sleep apnea and factors affecting patient compliance. A possible topic for a follow-up study could be to investigate CPAP-adherence in the Nordic countries. It would be also interesting to examine how the quality of life of patients have changed after starting CPAP-therapy.

Key words: obstructive sleep apnea, adherence to treatment, patient compliance, CPAP-therapy, patient education

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	8
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
3.1	Uniapnea	9
3.1.1	Uniapnean oireet	9
3.1.2	Uniapnealle altistavat tekijät	10
3.1.3	Uniapnean liitännäissairaudet	11
3.1.4	Uniapnean diagnostiikka ja hoitoon pääsyn kriteerit	12
3.1.5	Uniapnean hoitomuodot	15
3.1.6	CPAP-hoito ja uniapneakisko	16
3.1.7	Kirurginen hoito ja lääkehoito	19
3.1.8	Uniapnean hoidon seuranta	20
3.1.9	CPAP-hoitoon liittyviä ongelmia	21
3.2	Potilaan ohjaus	22
3.3	Hoitoon sitoutuminen	23
3.3.1	Hoitoon sitoutumisen edistäminen	26
3.3.2	Potilaan hoitoon sitoutumisen esteitä	26
4	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	27
4.1	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	27
4.2	Tiedonhakuprosessi ja lähdeaineiston valinta	28
4.3	Aineiston analyysi	29
5	TULOKSET	31
5.1	Aikuisten uniapneapotilaiden hoitoon sitoutuminen	31
5.2	Uniapnean hoitoon sitoutumisen esteitä	31
5.3	Uniapnean hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä	35
6	POHDINTA	38
6.1	Luotettavuus ja eettisyys	38
6.2	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	40
	LÄHTEET	44
	LIITTEET	46
	Liite 1. Aineiston hakuprosessi elektronisiin tietokantoihin	46
	Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset	47

LYHENTEET JA TERMIT

AHI	Apnea-hypopnea -indeksi
AI	Apneaindeksi
APAP	Auto-adjusting positive airway pressure
Apnea	Hengityskatkos
BPAP	Bilevel positive airway pressure
CPAP	Continuous positive airway pressure
EDS	Excessive daytime sleepiness
ESS	Epworth sleepiness scale
Hypopnea	Hengityksen vaimeneminen
Obstruktiivinen apnea	Hengitysyrietykset jatkuvat katkoksen aikana
ODI	Oxyhaemoglobin desaturation index
OSA(S)	Obstructive sleep apnea (syndrome)
OSAHS	Obstructive sleep apnea hypopnea syndrome
PSG	Polysomnografia eli unipolygrafia
SAHS	Sleep apnea/hypopnea syndrome
Sentraalinen apnea	Ei hengitysyrietyksiä katkoksen aikana

1 JOHDANTO

Uniapneaa voidaan pitää Suomessa kansantautina, jota sairastaa noin 3 – 4 % keski-ikäisistä miehistä ja 2 % keski-ikäisistä naisista. Suomessa uniapneapotilaita on noin 150 000, joista 15 000 potilaalla on vaikea tauti, 50 000 potilaalla keskivaikea ja 85 000 lievä tautimuoto. Sairauden esiintyvyys lisääntyy väestön lihavuuden yleistymisen myötä. Yleisimmillään sairaus on 50–59-vuotiaiden miesten keskuudessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 3–4, 19–20.)

Uniapnean oireita ovat kuorsaus, unenaikaiset hengityskatkokset ja päiväväsymys. Uniapneassa ylähengitystiet ovat ahtautuneet. Ahtautuminen voi johtua joko rakenteellisista ja/tai toiminnallisista tekijöistä. Rakenteellisiin tekijöihin voidaan vaikuttaa mm. nenähengityksen turvaamisella ja ahtauttavien risakudosten poistolla sekä purentavirheiden korjaamisella. Toiminnallisiin tekijöihin voidaan vaikuttaa hoitamalla hyvin uniapnealle altistavat sairaudet, vähentämällä tupakan ja alkoholin kulutusta sekä keskushermostoa lamaavien lääkkeitten käyttöä. Suuri yksittäinen uniapnean riskitekijä on lihavuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 3–4, 19–20.)

Hoitamaton uniapnea lisää sydän- ja verenkiertoelinsairauksien riskiä ja niihin kuolleisuutta. Lisäksi väsymyksen aiheuttamien onnettomuuksien riski lisääntyy. Hoitamaton tai alihoidettu uniapnea huonontaa yksilön elämänlaatua ja työkykyä. Uniapnea diagnosoidaan ja hoidetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Uniapnean hoitomenetelmiä ovat lihavuuden hoito, asentohoito, keskushermostoa lamaavien lääkkeiden käytön vähentäminen, tupakoinnin ja alkoholin käytön vähentäminen, kielen ja alaleuan asentoon vaikuttavat laitteet, jatkuva ylipainehengityshoito (CPAP-hoito), kirurgiset hoitomenetelmät ja kuntoutus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 3–4.)

Uniapnean hoitotulosten kannalta keskeistä on potilaan hoitoon sitoutuminen. Salomaa ym. (2013) ovat tutkineet potilaiden sitoutumista uniapneapotilaiden CPAP-hoitoon vuosina 2002–2009 Tyksin keuhkoklinikalla. Tutkimuksen mukaan keskimäärin 74 % potilaista sitoutui uniapnean hoitoon. Huono hoitoon sitoutuneisuus ilmeni heti hoidon alussa. Vaikeaa uniapneaa sairastavista 18 % ei sopeutunut hoitoon. Hoitoon heikosti sitoutuneiksi määriteltiin potilaat, jotka lopettivat hoidon alle puolessa vuodessa. Potilaat, jotka

jatkoivat hoitoa ainakin puoli vuotta, olivat hoitoon sitoutuneita. Potilaiden hoitomotiivaatiota tulisi Salomaa ym. (2013) mukaan parantaa tukemalla potilaita hoidon alkuvaiheessa ja panostamalla elämäntapamuutoksiin. Painopisteen tulisi olla vaikeaa uniapneaa sairastavissa potilaissa. Heidän on osoitettu saavan paras hyöty hoidosta sekä oireisiin että liitännäissairauksiin.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka hyvin potilaat sitoutuvat uniapnean hoitoon ja mitkä tekijät edistävät hoitoon sitoutumista ja mitkä puolestaan heikentävät sitä. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin sekä suomalaisia että kansainvälisiä alle 10 vuotta vanhoja tutkimuksia aiheesta.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli saada tietoa aikuisten uniapneapotilaiden hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä. Tarkoituksena oli selvittää, millaisin keinoin uniapneaa tällä hetkellä hoidetaan ja kuinka sitoutuneita potilaat ovat hoitoonsa. Tarkastelun kohteena oli erityisesti se, mitkä tekijät hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat. Tutkimuskysymykset, joihin kirjallisuuskatsauksella pyrittiin vastaamaan, olivat:

1. Kuinka hyvin aikuiset uniapneapotilaat sitoutuvat hoitoonsa?
2. Mitkä tekijät edistävät uniapnean hoitoon sitoutumista?
3. Mitkä tekijät estävät tai hankaloittavat uniapnean hoitoon sitoutumista?

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli koota kotimaista ja kansainvälistä tutkimustietoa uniapneapotilaiden hoitoon sitoutumisesta nykyisissä hoitomuodoissa.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Uniapnea

Uniapneaoireyhtymä voidaan jakaa obstruktiiviseen ja sentraaliseen muotoon. Obstruktiivisessa uniapneassa nielu rentoutuu unen aikana aiheuttaen ylähengitysteiden tukkeutumista. Hengitys saattaa estyä kokonaan (apnea) tai osittain (hypopnea), osittaiseen ah- taumaan liittyy useimmiten kovaääninen kuorsaus. Aikuisten obstruktiivisella uniapne- alla tarkoitetaan toistuvia, vähintään kymmenen sekunnin pituisia hengityskatkoksia (apnea) tai hengityksen vaimentumia (hypopnea) unen aikana. Apneoiden ja hypopneoi- den esiintyvyys tuntia kohden unen aikana ilmaistaan apnea-hypopnea -indeksinä (AHI). Normaalina pidetään tulosta, jolloin AHI unen aikana on alle 5. Hengityskatkoksiin liittyy veren happipitoisuuden pieneneminen, ja ne päättyvät tavallisesti lyhyisiin tiedostamat- tomiin havahtumisiin unesta. Mikäli uniapneaan liittyy oireita, puhutaan obstruktiivisesta uniapneaoireyhtymästä. (Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla) 2010; Bäck & Bachour 2015; Seppä, Tuomilehto & Kokkarinen 2007, 88; Saaresranta & Polo 2014.)

Uniapneaa tai obstruktiivista uniapneaoireyhtymää (OSAS) sairastaa noin 4 % aikuisista miehistä ja 2 % naisista. Yleisintä uniapnea on 40–65-vuotiailla. Vaihdevuosien jälkeen naisten uniapnea yleistyy ja on tällöin lähes yhtä yleistä kuin miehillä. Kohonnutta veren- painetta sairastavista yli 25 %:lla esiintyy uniapneaa. AHI:n eli apnea-hypopnea -indeksin perusteella keskivaikeaksi tai vaikeaksi uniapnea voidaan määritellä noin 7.5 % tapauk- sista. AHI-indeksi ilmaisee hengityskatkosten määrän nukuttua tuntia kohden ja on nor- maalisti alle 5. Hoitamaton uniapnea lisää kuolleisuutta sydän- ja verisuonisairauksiin 3–6-kertaisesti. Ennenaikaisen kuoleman riski näyttää suurentuneen erityisesti alle 50- vuotialla miehillä ja niillä, joilla AHI on suuri. Hoidetuilla uniapneapotilailla ennenaikai- sen kuoleman riski ei ole suurentunut. (Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla) 2010.)

3.1.1 Uniapnean oireet

Uniapnean oireena esiintyy äänekästä ja katkeilevaa kuorsausta, johon liittyy unen aikaisia hengityskatkoksia. Uniapneaan voi liittyä myös tihentynyttä yöllistä virtsaamistarvetta, hikoilua ja yöunen levottomuutta. Osa uniapneapotilaista kärsii unettomuudesta. Öisin saattaa esiintyä myös rytmihäiriöitä tai rintakipukohtauksia. (Bäck & Bachour 2015.)

Huonon yöunen laadun seurauksena esiintyy aamupäänsärkyä ja lisääntynyttä päiväaikaista väsymystä, johon voi liittyä pakonomaista nukahtelua. Oireet kehittyvät yleensä vähitellen. Päivällä tuntevan väsymyksen tunnistaminen saattaa joskus olla potilaalle hankalaa, koska pitkään jatkuneessa kroonisessa univajeessa päiväväsymyksen tuntemus tasaantuu. Väsymyksestä johtuen, uniapneapotilailla kognitiivinen suorituskyky heikkenee merkittävästi. Muistihäiriöt, keskittymisvaikeudet, ärtyisyys, äkkikipaisuus ja mielialahäiriöt sekä impotenssi, ovat uniapneasta kärsivillä hyvin yleisiä. (Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla) 2010; Bäck & Bachour 2015.)

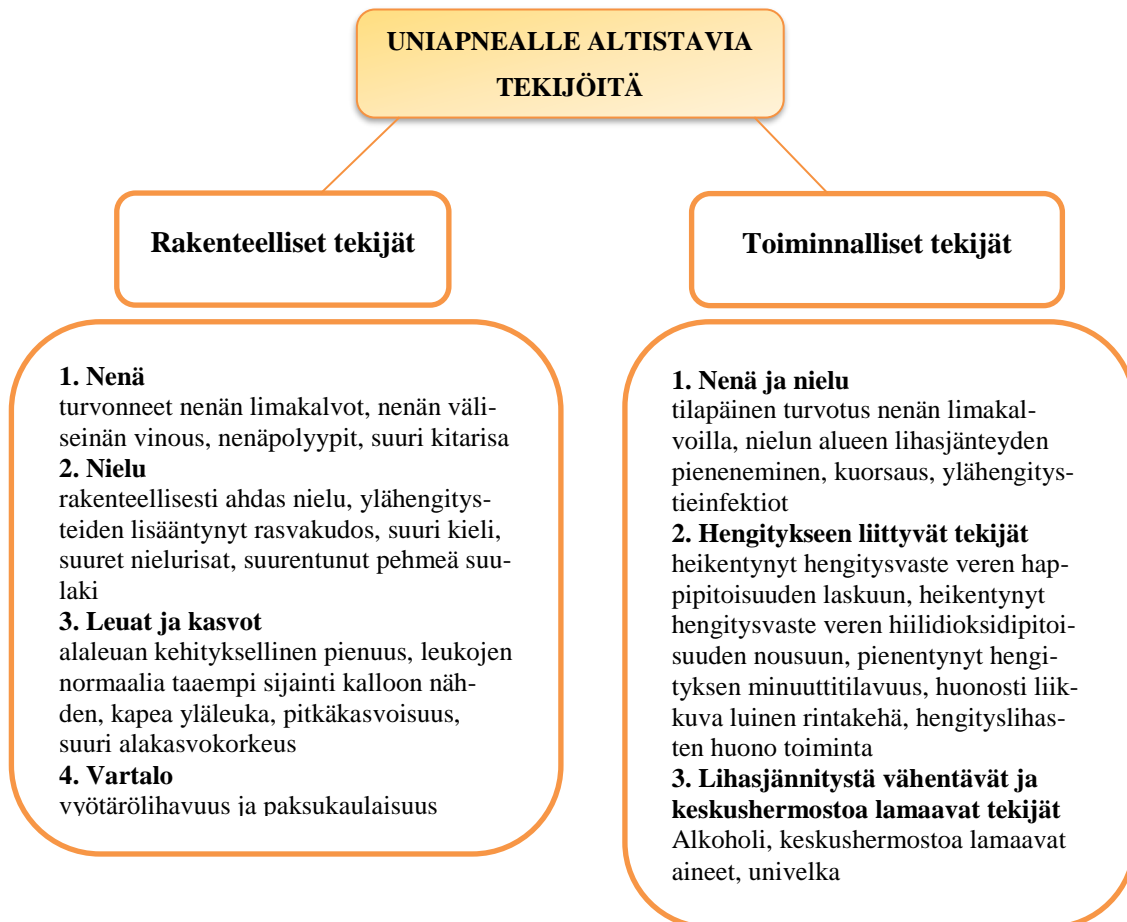
Nukahtaessa ylähengitysteitä tukevat lihakset rentoutuvat. Rakenteellisesti ahtaat ylähengitystiet voivat tällöin johtaa hengitysilman virtauksen estymiseen kokonaan tai osittain unen aikana. Osittaisessa ylähengitystieahtaumassa hengitysliikkeet voivat jatkua pitkään vähitellen voimistuen, jolloin potilas kuorsaa koväänisesti lisääntynyttä ylähengitystievastusta vastaan. Hengityskatkos eli apnea saattaa kestää yli minuutin. Apneat päättyvät tavallisesti äänekkääseen korahtamiseen, kuorsaukseen ja raskaaseen hengitykseen, kunnes ylähengitystiet taas tukkeutuvat henkilön vaipuessa uudelleen uneen. Toistuvat apnea-hypopneajaksot ja niihin liittyvät havahtumiset häiritsevät unta. Univaje ja unen rikkonaisuus aiheuttavat obstruktiivisesta uniapneasta kärsivän potilaan päiväväsymyksen. (Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla) 2010.)

3.1.2 Uniapnealle altistavat tekijät

Uniapnean syntyyn vaikuttavia tekijöitä on useita (kuvio 1). Uniapneapotilaasta kahdella kolmesta on liikapainoa. Ylipaino moninkertaistaa uniapnean esiintyvyyden. Henkilöistä, joiden painoindeksi on yli 40 kg/m², yli 50 % sairastaa uniapneaa. Lieväkin vyötärölihavuus saattaa olla yhteydessä uniapneaan. Miesten vaara sairastua uniapneaan on kaksinkertainen vaihdevuosi-ikä ylittäneisiin naisiin verrattuna. Synä saattavat olla muun muassa erot ylähengitysteiden lihasten toiminnassa, rasvan kertymisessä ylähengitysteihin,

ylähengitysteiden pehmytkudosten rakenteessa ja hengityksen hormonaalisessa säätelyssä. (Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla) 2010.)

Kasvojen ja ylähengitysteiden rakenteelliset poikkeavuudet liittyvät myös uniapneaan. Tämän vuoksi lastenreumaa sairastavilla esiintyy uniapneaa useammin. Kilpirauhasen vajaatoimintaa sairastavilla uniapnea on myös tavanomaista yleisempää, erityisesti, jos potilaalla on muita uniapnealle altistavia vaaratekijöitä. Hypotyreoosi heikentää hengityskeskukseen vasteita hypoksemiaan ja hyperkapniaan. Useat keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet, kuten bentsodiatsepiinit, sekä alkoholin nauttiminen ennen nukkumaanmenoa veltostuttavat ylähengitysteiden lihaksia ja nostavat havahtumiskynnystä. Alkoholin nauttimisen jälkeen apneoiden määrä ja kesto voivatkin lisääntyä. (Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla) 2010.)



KUVIO 1. Uniapnean syntyyn vaikuttavia tekijöitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 22–23.)

3.1.3 Uniapnean liitännäissairaudet

Uniapneaa sairastavilla esiintyy usein samanaikaisesti monia muita sairauksia. Taustalla on usein altistavana tekijänä liikapaino, mutta osa sairauksista on seurausta unenaikaisesta hengityshäiriöstä. Kohonneen verenpaineen, tyypin 2 diabeteksen, iskeemisten sydänsairauksien ja aivoinfarktin esiintyvyys on uniapneapotilailla suurempi kuin uniapneaa sairastamattomilla. Uniapneapotilaiden riski saada sydäninfarkti nukkuessaan voi olla kuusinkertainen verrattuna muuhun vuorokauden aikaan ja yöllisen sydäninfarktin riski lähes viisinkertainen muihin sydäninfarktipotilaisiin verrattuna. (Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla) 2010.)

3.1.4 Uniapnean diagnostiikka ja hoitoon pääsyn kriteerit

Uniapneaa epäiltäessä selvitetään ensin se, viittaavatko oireet uniapneaan vai onko kyseessä jokin muu väsymysoireita tai terveysriskejä aiheuttava sairaus. Arvioinnissa tärkeintä on huolellinen anamneesi, johon liittyy oirekysely. Uneliaisuuskysely -lomakkeen (ESS=Epworth Sleepiness Scale) avulla saadaan tietoa oireiden vaikeusasteesta. Hoitoon pääsyn kriteerit on esitelty taulukossa 1. Tärkeää diagnoosin kannalta on selvittää potilaan terveydelliset riskit, ravitsemus, alkoholin käyttö, tupakointi ja liikunnan määrä. Huomiota tulisi kiinnittää myös piristeiden (kuten kahvin ja energiajuomien) käyttöön, kognitiivisiin toimintoihin, mielialaoireisiin, allergioihin sekä liitännäissairauksiin. Tutkimusta tehtäessä tarkastellaan lisäksi henkilön yleistä olemusta, painoindeksiä ja verenpainetta sekä nenän, nielun ja kasvojen rakennetta. Uniapnean oireiden lisäksi anamneesissa tulisi kiinnittää huomiota ammattiin ja työvuoroihin, jolloin voidaan arvioida työtapaturma- tai liikenneonnettomuusriskit. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 30; Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla) 2010.)

Uniapnean vaikeusaste (taulukko 2) määräytyy kansainvälisen luokituksen mukaan kolmesta osatekijästä: uniapneasta johtuva uneliaisuus, AHI ja valtimoveren happikyllästeisyys. Uneliaisuuden vaikeuden arviointi perustuu siihen, miten uneliaisuus haittaa potilaan jokapäiväistä elämää. Uniapnean vaikeusastetta voidaan arvioida myös unenaikaisella rekisteröinnillä. Suppeassa unenaikaisessa rekisteröinnissä eli yöpolygrafiassa (taulukko 3) seurataan hengitysteiden auki pysymistä, hengitysvastusta, rintakehän ja jalkojen liikkumista sekä pulssioksimetrillä mitattua happikylläisyyden muutosta, jonka määrää kuvataan suurella ODI (= unenaikaisten happikyllästyneisyyden laskujen esiinty-

mistä kuvaava luku). Laaja unenaikainen rekisteröinti on tutkimuksena kallis. Siinä seurataan muiden unenaikaisten muutosten lisäksi aivosähkökäyrän (EEG) avulla unen vaihteita. Erityistapauksissa laaja tutkimus on tarpeen, mutta tavanomaisessa tapauksessa diagnoosi saadaan varmistettua suppeallakin unenaikaisella rekisteröinnillä. (Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla) 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 33.)

Apneat ja hypopneat esiintyvät yleensä kevyessä tai vilkeudessa. Paineanturilla pystytään tutkimuksessa rekisteröimään myös potilaan kuorsausta, suuhengitystä ja pitkäkestoista ilmapirtauksen rajoittumista. Tärkeintä potilaan kannalta, on varmistaa, että hengitysansureiden avulla voidaan luotettavasti osoittaa ylähengitysteiden sekä täydellinen (obstruktiivinen uniapnea) että osittainen ahtautuminen, johon liittyvät lisääntyneet hengitysyrietykset. Mikäli yöpolygrafiatus tutkimus ei anna selviä viitteitä uniapneasta, vaikka potilaalla oireiden perusteella se vaikuttaisi olevan, pitää tutkimus uusia yöpolygrafialla tai unipolygrafialla tai vaihtoehtoisesti tehdä hoitokokeilu itsesäätyvällä CPAP-laitteella. (Saarensanta & Polo 2014.)

TAULUKKO 1. Hoitoon pääsyn kriteerit. (Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla) 2010.)

Kiireetön hoito (vähintään 2 oiretta)	Kiireellinen hoito
<ul style="list-style-type: none"> päiväväsymys poikkeava nukahtelu pitkään jatkunut äänekäs kuorsaus hengityskatkoksia toisen henkilön toteamana aamupäänsärky toistuvat yölliset heräämiset tukehtumisen tunteeseen uniapneaan mahdollisesti liittyvä muistihäiriö tai mielialahäiriö epäily lihavuuteen liittyvästä hengitysvajauksesta 	<ul style="list-style-type: none"> oireinen potilas työskentelee erityistä valppautta vaativassa ammatissa (esimerkiksi ammattiautoilijat, veturinkuljettajat, lentäjät tai lennonjohdossa työskentelevät) potilaalla on vaikea sydän- ja verisuonisairaus uniapneaepäily raskaana olevalla naisella ennen anestesiassa tehtävää toimenpidettä

TAULUKKO 2. Uniapnean vaikeusasteet. (Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla) 2010.)

Vaikeusaste	Uneliaisuus	SaO₂ %	Apnea-hypopnea -indeksi AHI
Lievä	Ilmenee vain paikallaan ollessa, ei välttämättä päivittäin, ja aiheuttaa vain vähäistä haittaa sosiaalisessa ja työelämässä	≥ 90 ja minimi ≥ 85	5-15
Kohtalainen	Päivittäistä, kun aktiivisuus vähäistä ja tilanne vaatii kohtalaista keskittymistä (esimerkiksi autolla ajo, kokoukseen osallistuminen, elokuvien katselu)	< 90 ja minimi ≥ 70	16-30
Vaikea	Päivittäisissä tehtävissä, jotka vaativat aktiivisuutta tai selvää keskittymistä (esimerkiksi autolla ajo, keskustelu, syöminen, kävely). Aiheuttaa huomattavaa haittaa sosiaalisessa elämässä ja työssä	< 90 ja minimi < 70	> 30

TAULUKKO 3. Unirekisteröintisanastoa. (Saaresranta & Polo 2014.)

Unirekisteröintisanastoa	
Apnea	Vähintään 90 %:n suuruinen, 10 sekuntia kestävä paineanturin ilmaisema ilmavirtaus-signaalin vähenemä, jonka aikana:
Obstruktiivinen	A Hengitysyrietykset jatkuvat.
Sentraalinen	B Ei ole hengitysyrietyksiä.
Hypopnea	Ilmavirtauksen väheneminen vähintään 50 % lähtötasosta, 10 sekunnin ajan ja siihen liittyvä lyhyt havahtuminen tai SpO ₂ :n pieneneminen vähintään 3 %:n verran TAI ilmavirtauksen väheneminen vähintään 30 %, 10 sekunnin ajan ja siihen liittyvä lyhyt havahtuminen tai SpO ₂ :n pieneneminen vähintään 4 %:n verran.
Apneaindeksi (AI)	Apneajaksojen määrä tuntia kohden
Apnea-hypopneaindeksi (AHI)	Apnea- ja hypopneajaksojen määrä tuntia kohden
RERA (respiratory effort-related arousal)	Vähintään 10 sekuntia kestävä havahtumiseen johtava hengitysyrietysten voimistuminen ilman apneaa tai hypopneaa
RDI (respiratory disturbance index)	Apnea-, hypopnea- ja RERA-jaksojen yhteenlaskettu määrä tuntia kohden
ODI_x(oxyhaemoglobin desaturation index x %)	Happikylläisyyden vähintään x %:n pientymisten määrä tuntia kohden
PETCO₂ (partial pressure of end-tidal CO₂)	Uloshengityksen loppuvaiheen hiilidioksidipaine
SpO₂	Valtimoveren oksihemoglobiinin happikylläisyys
REM (rapid eye movement) sleep	Vilkeuni, REM-uni
NREM (non-rapid eye movement) sleep	Ortouni, NREM-uni
SWS (slow wave sleep)	Syvä uni, hidasaaltouni



KUVA 1. Yöpolygrafia obstruktiivisessa uniapneassa. (Saaresranta & Polo 2014.)

3.1.5 Uniapnean hoitomuodot

Konservatiivisista hoitomuodoista laihdutus ja painonhallinta ovat jokaisen ylipainoisen obstruktiivista uniapneaa sairastavan potilaan ensisijainen ja tärkein hoitokeino. Mikäli uniapnean oireet riippuvat nukkumisasennosta, voidaan hoitomuotona kokeilla esimerkiksi selällään nukkumisen välttämistä. Uniapneapotilaan hoidossa on myös tärkeää huomioida taustasairauksien, kuten diabeteksen ja verenpainetaudin hyvä hoito. Osa konservatiivista hoitomuotoa on myös uni- ja rauhoittavien lääkkeiden sekä alkoholin käytön välttäminen ennen nukkumaanmenoa. Kuntoutus on tärkeä osa uniapnean hoitoa. Elämäntapamuutoksia tarvitaan painonhallinnan lisäksi, unirytmien korjaamiseen sekä tupakkoinnista luopumiseen. (Bäck & Bachour 2015.)

Uniapneaa voidaan hoitaa myös mekaanisten apuvälineiden avulla ja kirurgisesti. Nenän kautta annettava ylipainehengityshoito (nenä-CPAP-hoito) on tehokas obstruktiivisen uniapnean hoitomuoto. Hoidossa voidaan käyttää myös alaleuan ja kielen asentoon vaikuttavia purentakiskoja. Kirurgisia hoitomuotoja käytetään, mikäli CPAP- tai purentakiskohoito ei onnistu. (Bäck & Bachour 2015.)

3.1.6 CPAP-hoito ja uniapneakisko

CPAP-hoidolla (continuous positive airway pressure) tarkoitetaan ylähengitysteihin maskin kautta annettavaa ylipainehoitoa, jonka avulla pidetään ylähengitystiet auki unen aikana. CPAP-laitteeseen kuuluu maski, joka kiinnittyy letkulla itse laitteeseen. Yleisimmin käytössä on nenämaski (kuva 2), nenä-suomaski (kuva 3) tai sierainmaski (kuva 4). Olemassa on myös suomaskeja ja kasvot kokonaan peittäviä maskeja. CPAP-laitteessa voi olla myös lämminvesikostutin. Ylipainehengityshoidon eli CPAP-hoidon tarkoituksena on saada hengitysteihin nenämaskin ja ilmaa puhaltavan laitteen avulla positiivinen ilmanpaine, joka ehkäisee hengitysteiden kasaan painautumista ja suurentaa myös keuhkojen jäännöstilavuutta. (Hengitysliitto 2017; Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla) 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 40–41; Saaresranta & Polo 2014.)

CPAP-hoitoa voidaan antaa potilaalle, jolla on diagnosoitu uniapnea ja CPAP-hoidon on hänen kohdallaan todettu korjaavan unenaikaisia hengityshäiriöitä. CPAP-hoito mahdollistaa säännöllisen kaasujen vaihdon ja häiriöttömän unen, koska myös yölliset virtsaamiskerrat yleensä vähenevät. CPAP-hoito parantaa sekä subjektiivisesti että objek-

tiivisesti mitattua vireystilaa, elinvoimaa, työkykyä ja elämänlaatua sekä vähentää uniapneasta johtuvaa mielialan alavireisyyttä. (Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla) 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 40–41; Saaresranta & Polo 2014.)



KUVA 2. Nenämaski



KUVA 3. Nenä-suumaski



KUVA 4. Sierainmaski

(Kuvat 2, 3 ja 4. Hengityслиitto 2017.)

CPAP-hoito on uniapnean ensisijainen hoitomuoto erityisesti keskivaikeista tai vaikeista oireista kärsivillä. CPAP-hoito voidaan toteuttaa sekä vakiopaineisella että itsesäätyvällä laitteella (auto-adjusting positive airway pressure, APAP). Mitä enemmän laitetta nukkuessa käytetään, sitä parempi hoitovaste saadaan. Laitetta suositellaan käyttäväksi vähintään neljä tuntia yössä. CPAP-hoito vähentää merkittävästi uniapneapotilaiden kokemaa päiväväsymystä ja pienentää AHI:tä. CPAP-hoidon vasta-aiheita ovat velto kurkun- kansi, ylähengitysteiden krooninen tai akuutti tulehdus, täysin tukossa oleva nenä ja korvatulehdukset. Palleatyräpotilaille hoito ei sovi, mikäli heillä kertyy ilmaa mahalaukkuun hoidon aikana. Muita vasta-aiheita ovat vaikea alkoholismi tai hankala hoitamaton psykiatrinen sairaus. (Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla) 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 40–43.)

CPAP-hoitoa aloitettaessa potilas saa laitteen kotiinsa kokeiltavaksi muutaman viikon ajaksi, minkä jälkeen hoidon onnistuminen arvioidaan. Ennen ensimmäistä hoitoyötä nenän ja maskin kautta hengittämistä täytyy harjoitella päiväaikaan. Optimaalinen yksilöllinen CPAP-paine etsitään Suomessa useimmiten itsesäätyvän CPAP-laitteen avulla. CPAP-painetta nostetaan, kunnes obstruktiiviset hengityskatkokset ja sen jälkeen kuorsaus häviävät. Mikäli CPAP-hoidon aloitus onnistuu ja riittävä potilasohjaus on annettu, hoidon seuranta voi jatkossa tapahtua vuoden välein. Seurantakäynnillä hoitolaite tarkastetaan ja huolletaan sekä keskustellaan potilaan kokonaistilanteesta ja arvioidaan hoidon vaikutuksia. CPAP-hoidon sivuvaikutukset ovat yleensä vähäisiä ja ne eivät useimmiten johda hoidon lopettamiseen. Tavallisimpia ongelmia ovat nenän, suun ja nielun limakalvojen kuivuminen ja karstoittuminen. Osalla potilaista esiintyy jatkuvaa vesinuhaa tai toistuvaa aivastelua. Potilailla saattaa hoidon aikana esiintyä myös nenän tukkoisuutta ja toistuvia nenäverenvuotoja. Jotkin potilaat kärsivät ihon ärtymisestä CPAP-naamarin alla sekä silmien sidekalvojen ärsytyksestä. CPAP-hoidosta aiheutuvia nenäoireita voidaan yrittää vähentää optimaalisella painetasolla, mahdollisimman sopivalla nenämaskilla ja leukatuella sekä käyttämällä nenäsuumaskia sekä kostuttajaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 43–44; Saaresranta & Polo 2014.)

Hammasteknisillä kojeilla kuten uniapneakiskolla (kuva 5) voidaan hoitaa normaalipainoisten tai lievästi liikapainoisten uniapneaa, mikäli CPAP-hoito ei onnistu. Uniapneakiskon avulla alaleukaa ja kielen lihaksistoa siirretään eteenpäin, jolloin nielu avartuu

ja nielun lihaksisto aktivoituu. Kudosjännityksen lisääntyessä nielun alueella, voidaan estää myös pehmeän suulaen valahtaminen hengitysteiden tukkeeksi. Uniapneakiskolla voidaan hoitaa lieväoireisesta uniapneasta kärsiviä potilaita, joiden BMI on korkeintaan 30 sekä niitä, joilla CPAP-hoito ei onnistu. Uniapneakisko ei kuitenkaan yleensä ole vaikutuksiltaan yhtä hyvä kuin CPAP-laite. Kiskoa ei pystytä tekemään potilaalle, jolta puuttuu useita hampaita tai vaikeasta hampaiden kiinnityskudossairaudesta kärsivälle. Kiskon käytön alkuvaiheessa syljeneritys voi lisääntyä sekä aamuisin esiintyä arkuutta hampaiden ja leukanivelten seudussa. Pitkäaikainen käyttö voi pahentaa etuhampaiden ylipurentaa. (Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla) 2010; Saaresranta & Polo 2014.)



KUVA 5. Uniapneakisko. (Saaresranta & Polo 2014.)

3.1.7 Kirurginen hoito ja lääkehoito

Mikäli uniapnean konservatiivinen hoito (elämäntapojen muutos, uniapneakisko tai CPAP) ei ole riittävää tai hoito ei sovi potilaalle, voidaan harkita ylähengitysteiden tai kasvojen alueen kirurgiaa. Joskus kasvojen ja nielun alueen rakenteelliset tekijät ovat esteenä konservatiiviselle hoidolle. Uniapnean kirurgisen hoidon tavoitteena on avartaa ilmateitä leikkauksen avulla. Leikkaus voidaan kohdentaa joko pehmytkudoksiin tai luisiin rakenteisiin. Ilmateitä avarretaan poistamalla ahtauttava tekijä, kuten suuret nieluriset tai nenäpolyypit. Nenää avartavat leikkaukset eivät yleensä riittävästi korjaa uniapneaa, mutta voivat helpottaa CPAP-laitteen käyttöä. Nielua voidaan avartaa myös poistamalla nielua ympäröiviä kudoksia. Henkeä uhkaavassa obstruktiivisessa uniapneassa, voidaan potilaalle tehdä trakeostomia, jolloin ohitetaan nielua ahtauttavat kohdat. (Bäck & Bachour 2015; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002; Saaresranta & Polo 2014.)

Uniapnean hoitoon on käytetty useita eri lääkkeitä, mutta mikään lääke ei ole osoittautunut vaikuttavan uniapneaan merkittävästi. Parhaat tulokset on saatu progesteronijohdannaisilla. Hormonihoitoa käyttävillä vaihdevuosi-ikäisillä naisilla uniapneaa esiintyy vähemmän kuin hormonihoitoa käyttämättömillä, mutta syy-yhteyttä ei vielä ole todistettu. Uniapnealle altistavan sairauden hoito (kuten kilpirauhasen vajaatoiminnan tai kroonisen nuhan hoito) lieventää usein myös uniapneaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 41; Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla) 2010.)

3.1.8 Uniapnean hoidon seuranta

Pitkäaikaiseen CPAP-hoitoon sitoutuu 50–84 % uniapneapotilaista. Hankalista oireista kärsivät sitoutuvat CPAP-hoitoon parhaiten, mikäli he saavat siitä merkittävän avun. Huolellinen ohjaus on välttämätöntä hoidon onnistumiseksi. CPAP-hoidon vaste on sitä parempi, mitä enemmän hoitoa käytetään. Yleisohjeena voidaan pitää sitä, että CPAP-hoitoa tulisi käyttää keskimäärin vähintään neljä tuntia vuorokaudessa. Potilaan CPAP-laitteen käyttöä voidaan arvioida laitteen käyttötuntimittarin avulla. Mikäli keskimääräinen käyttömäärä jää alle neljään tuntiin vuorokaudessa, olisi selvítettävä potilaalta, miksi käyttö on ollut vähäistä. (Saaresranta & Polo 2014.)

Lieväoireista ja hyvässä hoitotasapainossa olevaa uniapneaa voidaan seurata perusterveydenhuollossa. Tällöin kiinnitetään huomiota uniapnean oireisiin, painonhallintaan ja elämäntapaohjaukseen. Perusterveydenhuolto vastaa myös uniapnean liitännäissairauksien hoidosta ja seurannasta. Erikoissairaanhoidon tehtävänä ovat CPAP-hoidon ohjaus, hoitotuloksen arviointi ja alkuvaiheen seuranta. Ongelmat CPAP-hoidossa ilmaantuvat yleensä ensimmäisten viikkojen tai kuukausien aikana hoidon aloittamisesta. Tällöin potilas tarvitsee enemmän tukea ja seurantaa. Mikäli hoidossa oleva potilas toimii erityistä valpautta vaativassa ammatissa (mm. lentäjät, ammattiautoilijat, veturinkuljettajat), CPAP-hoidon vaikuutavuutta tulee arvioida säännöllisesti erikoissairaanhoidossa. (Saaresranta & Polo 2014.)

Uniapnean seurannassa kiinnitetään huomiota uniapnean oireiden häviämiseen, unen virkistävyyteen ja painonpudotustavoitteen saavuttamiseen (painoindeksi, vyötärön ympäryys). Hoitoon sitoutumista arvioidaan objektiivisesti, tarkastamalla laitteen rekister-

öimät käyttötunnit. Hoitoon liittyvät ongelmat pyritään ratkaisemaan tarkistamalla hoitolaitteiden, maskien ja lisätarvikkeiden toimivuus. Unirekisteröintiä ei CPAP-hoidon aikana yleensä tarvitse uusida, kuitenkin uniapneaan liittyvä vaikea ventilaatiovajaus tai työkyvyn ja ajoterveyden arviointi voi edellyttää uusintarekisteröintiä. CPAP-paineen uudelleensäätö voi olla tarpeen, mikäli CPAP-hoidon aikana oireet lisääntyvät ja potilaan painossa tapahtuu merkittäviä muutoksia. Uniapneakiskojen käyttöä ja kasvojen alueen kirurgisten hoitojen tulosta, arvioivat hammaslääkärit, suu- ja leukakirurgian sekä korva-nenä- ja kurkkutautien erikoislääkärit. Tällöin hoitotulos tulisi varmistaa unirekisteröinnillä ja tarvittaessa ohjata potilas muuhun hoitomuotoon, mikäli hoidon teho on riittämätön. Uniapnean oireita, hammaskojeen kuntoa ja vaikuttavuutta sekä potilaan purentaa tulisi seurata vähintään kerran vuodessa tai tarpeen mukaan. (Saaresranta & Polo 2014.)

3.1.9 CPAP-hoitoon liittyviä ongelmia

CPAP-laitteen käyttöön liittyy usein sivuoireita. Nenäoireet ovat uniapneapotilailla yleisiä. Hoitona tähän voidaan kokeilla esimerkiksi nenää kostuttavia liuoksia, nenän keittosuolahuuhteluja tai tilapäisesti myös nenäsuihkeita. Tehokkain tapa välttää nenän tukkoisuus on käyttää CPAP-hoidossa nenä-suomaskia. Kostuttajan käyttäminen laitteessa, saattaa myös auttaa hoidon onnistumisessa. Osalla CPAP-käyttäjistä esiintyy myös vetistä nuhaa. Vetinen nenäerite vähenee yleensä hoitoon tottumisen myötä. Joillekin potilaille tulee ahtaan paikan kammo tai paniikin tunne CPAP-hoitoa aloitettaessa. Tällöin voidaan kokeilla maskityypin vaihtamista. Ahtaan paikan kammo yleensä kuitenkin lievenee totuttaessa hoitoon. Potilailla, joiden lihasvoima on vähäistä, voi uloshengitys käydä raskaaksi korkeita CPAP-paineita käytettäessä. Tällöin vaarana on vaarana on hiilidioksidin kertyminen. Tällaisissa tapauksissa tulisi käyttää kaksoispaineventilaattoria BPAP, jonka uloshengityspaine (EPAP) säädetään sisäänhengityksen aikana käytettävää painetta (IPAP) pienemmäksi. Joskus CPAP-hoito voi aiheuttaa ilman ja paineen kertymistä mahaan tai välikorvaan. (Saaresranta & Polo 2014.)

3.2 Potilaan ohjaus

Hoitotyössä ohjaus pyrkii edistämään asiakkaan kykyä parantaa elämänlaatuaan. Hoitaja tukee asiakasta päätöksenteossa ja antaa tarvittavaa tietoa, mikäli potilas ei itse kykene ratkaisemaan ongelmaa. Ohjaus on potilaan ja hoitajan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa ja tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Tuloksellinen ohjaus voi vaatia useita ohjauskertoja. Ohjaustilanteessa potilas on oman elämänsä ja hoitaja ohjauksen asiantuntija. Ohjaustilanteen lopputulos on riippuvainen potilaan ja hoitajan taustatekijöistä, jotka vaikuttavat käytettäviin ohjausmenetelmiin ja -tapoihin. (Kyngäs ym. 2007, 25–28.)

Ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät voidaan jakaa yksilöllisiin, fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin (taulukko 4). Fyysisiin tekijöihin kuuluvat mm. ikä, sukupuoli, taustasairaus ja terveydentila. Nämä fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen, miten hyvin potilas kykenee ottamaan ohjausta vastaan. Ohjauksessa tulisi aina huomioida myös senhetkinen potilaan tilanne ja asettaa potilaan ohjaustarpeet tärkeysjärjestykseen. (Kyngäs ym. 2007, 28–30.)

Psyykkisiä ohjauksessa huomioitavia taustatekijöitä ovat potilaan käsitys omasta terveydentilastaan, aiemmat kokemukset ja odotukset sekä oppimisvalmiudet ja motivaatio. Nämä tekijät vaikuttavat siihen, haluaako potilas omaksua hoitoonsa liittyviä asioita ja kokeeko hän ohjaamistilanteessa käsitellyt asiat itselleen tärkeäksi. Motivaatiota voidaan lisätä tekemällä tavoitteista selkeitä. Onnistumisen kokemuksiin vaikuttaa se, että tavoitteista on tehty sellaisia, jotka potilas kykenee saavuttamaan. Hoitajan asennoitumisella ja motivoitumisella sekä potilaan kuuntelemisella ja ymmärtämisellä on myös merkitystä ohjauksen onnistumisen kannalta. Sopivien ohjausmenetelmien valinta vaatii potilaan oppimistyylin tunnistamista ja huolellista perehtymistä taustatekijöihin. Hoitajan tehtävänä on myös auttaa potilasta tunnistamaan ohjauksen tarve. (Kyngäs ym. 2007, 32–33.)

Sosiaalisia taustatekijöitä, jotka vaikuttavat ohjaukseen, ovat esimerkiksi potilaan kulttuurista sekä uskonnolliset ja eettiset tekijät. Potilaan kanssa tulisi keskustella siitä, haluaako hän omaistensa osallistuvan ohjaamistilanteisiin. Potilaan ja omaisten käsitykset ohjaustarpeista saattavat myös olla ristiriitaisia. Joissakin tapauksissa taas potilas ei kykene ymmärtämään ohjausta tai ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Tällöin hoitajan

täytyy kohdistaa ohjaus henkilölle, joka kantaa vastuun potilaan hoidosta kotona. (Kynäs ym. 2007, 35–36.)

Ohjaustilanteeseen vaikuttavia ympäristötekijöitä ovat ohjausta antavan hoitoyksikön ilmapiiri ja fyysinen ympäristö. Ohjauksen kannalta paras fyysinen ympäristö on sellainen, jossa voidaan keskeytyksettä ja ilman häiriöitä keskittyä ohjaustilanteeseen, tilan tulisi olla valoisa ja hyvin äänieristetty. Ohjaustilassa tulisi olla saatavilla myös kaikki ohjaukseen tarvittava materiaali ja välineet. Yksi ohjausta hankaloittava tekijä on kiire ja ohjaukseen käytettävän ajan vähyys. Se vaikuttaa potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksen laatuun ja määrään. Ohjaus ei kiireessä myöskään välttämättä toteudu suunnitellusti. (Kynäs ym. 2007, 35–36.)

TAULUKKO 4. Potilaan ohjaukseen vaikuttavia taustatekijöitä. (Kynäs ym. 2007, 31.)

TAUSTATEKIJÄT	Esimerkki
Fyysiset tekijät	-ikä -sukupuoli -sairauden tyyppi -terveydentila
Psyykkiset tekijät	-terveysuskomukset -kokemukset -mieltymykset & odotukset -tarpeet -oppimistyyli ja -valmiudet -motivaatio
Sosiaaliset tekijät	-kulttuuri- ja etninen tausta -sosiaalisuus -uskonnollisuus -eettisyys
Ympäristötekijät	-hoitotyön kulttuuri -fyysinen ympäristö -psykkinen ympäristö -sosiaalinen ympäristö

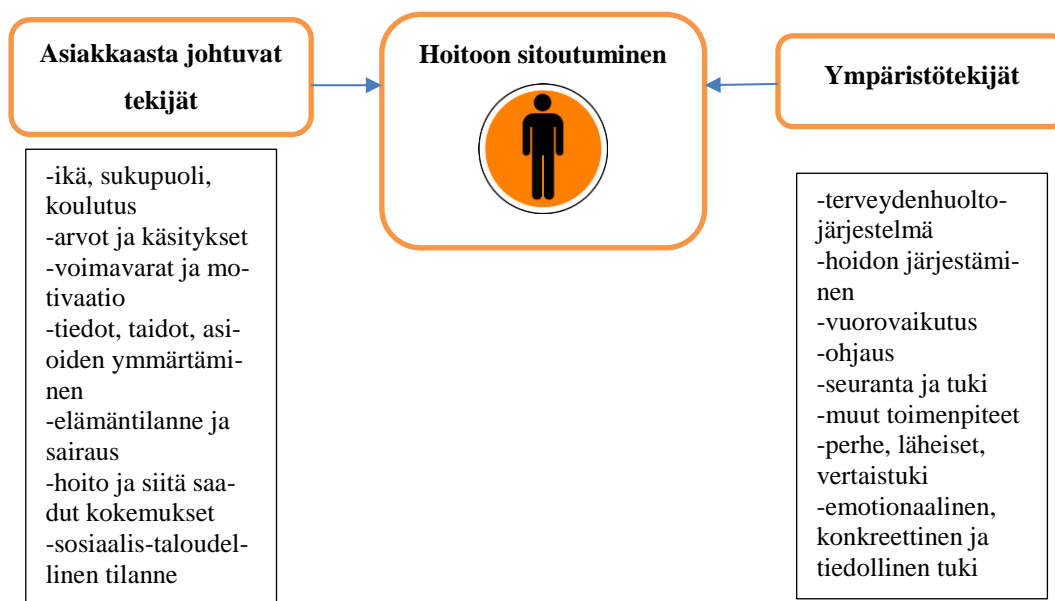
3.3 Hoitoon sitoutuminen

Potilaan hoitoon sitoutuminen voidaan määritellä asiakkaan aktiiviseksi ja vastuulliseksi toiminnaksi, terveyden edellyttämällä tavalla ja yhteistyössä sekä vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Yhteistyöllä tarkoitetaan tavoitteiden asettamista, hoidon suunnittelua, ongelmien ratkaisemista ja vastuunottoa hoidosta. Vuorovaikutussuhteen edellytyksenä on, että molemmat osapuolet ovat tasavertaisia ja voivat tuoda esiin

oman näkemyksensä sairauden hoidosta. Pitkäaikaisissa ja pysyvissä hoitosuhteissa hoito ei toistu kaavamaisena vaan on joustavaa päätöksentekoa, jonka tavoitteena on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen tai hoito ja kuntoutus. Muutoksia hoidon tarpeeseen tuovat työ- ja vapaa-aika, potilaan ja läheisten terveydentila sekä erilaiset elämän tapahtumat. (Kyngäs & Hentinen 2009, 17–18.)

Englanninkielisessä kirjallisuudessa hoitoon sitoutumisesta käytetään käsitteitä: compliance (kuuliaisuus), adherence (kiinnipitäminen), mutuality (molemminpuolisuus), concordance (yhtäpitävyys, sopiminen) ja co-operation (yhteistyö). Joskus käytetään myös käsitteitä self-care (itsehoito) ja self-management (itsehallinta). Suomenkielisessä kirjallisuudessa hoitoon sitoutumisen rinnalla käytetään esimerkiksi käsitteitä hoitomyöntyvyys, hoitokuuliaisuus ja ohjeiden noudattaminen. (Kyngäs & Hentinen 2009, 18–19.)

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä (kuvio 2) on useita ja ne voidaan jakaa potilaasta ja ympäristöstä johtuviin.



KUVIO 2. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 26.)

Työikäisten demografisilla taustatekijöillä, iällä, sukupuolella ja koulutuksella ei näyttäisi olevan selkeää yhteyttä hoitoon sitoutumiseen vaan siihen vaikuttavat enemmän muut tekijät. Lasten, nuorten ja ikääntyneiden osalta taas ikä voi nousta tärkeäksi hoitoon sitoutumiseen vaikuttavaksi tekijäksi. Fyysisillä ja psyykkisillä voimavaroilla näyttää

olevan yhteys siihen, kuinka hyvin potilas hoitaa itseään. Lisäksi useat muut tekijät, kuten sairaudet ja muutokset elämäntilanteissa, vaikuttavat potilaan voimavaroihin. Tutkimusten mukaan psyykkiset ongelmat heikentävät hoitoon sitoutumista. Ohjauksella pyritään tukemaan asiakkaan omia voimavaroja. (Kyngäs & Hentinen 2009, 27–28.)

Motivaatio nähdään keskeisenä hoitoon sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä. Motivaatioon vaikuttaa se, kuinka merkittäväksi henkilö itse kokee asian ja miten tärkeänä hän näkee asetettujen tavoitteiden saavuttamisen. Asiakkaan oma tietämys sairaudestaan ja sen hoidosta ovat hoitoon sitoutumisen kannalta välttämättömiä. Asioiden ymmärtäminen auttaa tiedon soveltamisessa ja uusien ongelmien ratkaisemisessa. Lisäksi potilas tarvitsee käytännön taitoja ja osaamista sairauden hoidossaan. (Kyngäs & Hentinen 2009, 28–30.)

Sairaus ja uusi poikkeava elämäntilanne vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Useat kokevat sairauden uhkaksi elämän jatkumiselle. Sairauteen liittyvät oireet, kuten väsymys ja kivut, kuluttavat voimavaroja ja hankaloittavat hoidon toteuttamista. Sairauteen liittyvät pelot aiheuttavat ahdistuneisuutta ja huonontavat hoitoon sitoutumista. Toisaalta myös oireiden puuttuminen saattaa heikentää hoitoon sitoutumista. Hoidon kestolla ja vaativuudella on myös merkitystä hoitoon sitoutumisen kannalta. Lyhytkestoiseen hoitoon on helpompi sitoutua kuin pitkäkestoiseen. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat myös ulkopuoliset tekijät, kuten tarjolla olevat terveyspalvelut. Hoidon järjestelyt ja seuranta, ovat erittäin tärkeitä hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä. Perheen ja läheisten tuki ja huomioiminen, voi olla myös ratkaisevaa potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta. (Kyngäs & Hentinen 2009, 30–34.)

Hoitoon sitoutumista voidaan arvioida suorilla tai epäsuorilla menetelmillä. Suoria arviointimenetelmiä ovat asiakkaan toiminnan havainnointi, veren tai virtsan lääkeainepitoisuuksien määrittely tai biologiset merkkiaineet. Epäsuoria arviointimenetelmiä ovat puolestaan päiväkirjat, kyselylomakkeet, keskustelu, haastattelu, hoitotulos tai kliininen tila sekä hoidon toteutuksen seuranta. Tärkein tapa arvioida hoitoon sitoutumista on asiakkaan itsensä tekemä arviointi ja näkemys hoidon vaikuttavuudesta. Hoitoon sitoutumista arvioidessa voidaan käyttää luokittelua hyvä eli täydellinen hoitoon sitoutuminen, osittainen eli puutteellinen sitoutuminen ja hoidon laiminlyönti eli hoitoon sitoutumattomuus. (Kyngäs & Hentinen 2009, 36–40.)

3.3.1 Hoitoon sitoutumisen edistäminen

Asiakkaita ohjattaessa heitä voidaan tukea tiedollisesti, emotionaalisesti ja konkreettisesti. Laadukkaan ohjauksen tulisi sisältää nämä kaikki osa-alueet. Tiedollinen tuki tarkoittaa sitä, miten hyvin ja ymmärrettävästi potilaalle on kerrottu hoidon kannalta välttämättömät tiedot ja kuinka hyvin hän on ne ymmärtänyt. Emotionaalinen tuki käsittää tunteisiin liittyvien asioiden käsittelyn siten, ettei hoito häiritse potilaan arkielämää. Konkreettista tukea ovat hoitovälineet, apuvälineet, taloudellinen tuki ja erilaiset potilaan hoitoon liittyvät järjestelyt, kuten omaishoito. Asiakaslähtöinen ohjaus koostuu potilaan omista oppimistarpeista. Potilas tunnistaa yhdessä ohjaajansa kanssa asiat, jotka vaikuttavat hänen hoitoon sitoutumiseensa sekä etsivät toimintatapoja, jotka sopivat potilaalle ja ovat hänen mahdollista toteuttaa. Asiakaslähtöisessä näkökulmassa potilaalla on vastuu oppimisestaan ja tekemistään valinnoista. Hoitoon sitoutumisen perusta on se, että potilas kokee sen merkitykselliseksi asiaksi elämässään. (Kyngäs & Hentinen 2009, 76–78.)

3.3.2 Potilaan hoitoon sitoutumisen esteitä

Huono hoitoon sitoutuminen, jolla tarkoitetaan toistuvaa puutteellista hoitoon sitoutumista ja hoidon laiminlyöntiä, on melko yleistä. Puutteellinen hoitoon sitoutuminen voi syntyä tietoisien päätöksen pohjalta (intelligent non adherence), tai se voi olla tiedostamaton (non intelligent adherence). Tietoisien päätöksen taustalla voi olla useampia tekijöitä. Henkilö saattaa pitää muita asioita tärkeämpänä kuin itsensä hoitamista. Päätökseen saattavat vaikuttaa myös eettiset tai uskonnolliset valinnat. Tiedostamaton hoitoon sitoutumattomuus voi johtua siitä, ettei potilas ymmärrä hoidon merkitystä tai hän ei osaa toimia hoidossaan oikein. Tarkoituksettoman toiminnan taustalla voi olla myös muistihäiriö tai muu kognitiivisen toiminnan häiriö. (Kyngäs & Hentinen 2009, 42–44.)

Hoitoon sitoutumista koskevaa toimintaa säätelevät lait ja eettiset ohjeet. Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon, mutta toisaalta itsemääräämisoikeus. Itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi potilaalle tulee järjestää mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Potilaalla on mahdollisuus kieltäytyä hoidosta, mutta hänen on ymmärrettävä ja tiedettävä eri vaihtoehtojen seuraukset. (Kyngäs & Hentinen 2009, 45–47.)

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on selvittää, mistä näkökulmista ja millä tavoin katsaukseen valittua aihetta on aiemmin tutkittu (Hirsjärvi ym. 2014, 121). Kirjallisuuskatsauksen avulla on mahdollista muodostaa kokonaiskuva tietystä aihealueesta. Katsauksia voidaan tehdä erilaisiin tarkoituksiin. Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kolmeen eri päätyyppiin, kuvaileviin katsauksiin, systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin sekä määrälliseen tai laadulliseen meta-analyysiin. Kirjallisuuskatsaus rakentuu kirjallisuuden hausta, sen kriittisestä arvioinnista, aineiston pohjalta tehdystä synteesisistä ja analyysistä. (Suhonen, Axelin & Stolt 2016, 7–8.) Tässä työssä tutkimusmenetelmänä on käytetty systemaattista kirjallisuuskatsausta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus keskittyy yhteen tutkimuskysymykseen ja se kokoaa yhteen olemassa olevaa tietoa tutkimusaiheesta. (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 97.)

Kirjallisuuskatsaus etenee vaiheittain (kuvio 3). Ensimmäisessä vaiheessa määritellään kirjallisuuskatsauksen tarkoitus ja tutkimusongelma. Tutkimusongelmaa tulisi täsmentää siten, että siihen voidaan kirjallisuuden avulla lähteä etsimään vastausta. Hyvä tutkimuskysymys on riittävän hyvin rajattu. Liian laaja kysymys tuottaa liiaksi aineistoa ja liian suppealla kysymyksellä aineistoa ei välttämättä löydy lainkaan. Tarkastelussa tulisi olla myös se, ettei aiheesta ole juuri aiemmin tehty vastaavaa tutkimusta. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 24; Lauri 2003, 25.)

Seuraavassa vaiheessa valitaan käytettävä kirjallisuus ja tietokannat. Tiedonhakuja varten valitaan sopivat hakutermit. Hakutermit tulisi valita huolellisesti, jotta hakutuloksia on mahdollista rajata siten, että jäljelle jäävä materiaali vastaisi selkeästi tutkimuskysymykseen. Saatu hakutulos seulotaan ja rajataan vielä tarkemmin valitsemalla esimerkiksi aineiston kielet ja julkaisuaika. Saatua hakutulosta arvioidaan ja pyritään valitsemaan katsaukseen laadukkain mahdollinen materiaali. Tämän jälkeen tehdään itse katsaus valitun materiaalin pohjalta. Viimeisessä vaiheessa tehdään kirjallisuuskatsauksen tuloksista koonti sekä raportoidaan saadut tulokset. (Salminen 2011, 10.)



KUVIO 3. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet (Salminen 2011, 9-10; Niela-Vilén & Hamari 2016, 23–32.)

4.2 Tiedonhakuprosessi ja lähdeaineiston valinta

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin sovellettua systemaattista kirjallisuuskatsausta. Tiedonhakuun valittiin kolme terveystieteen luotettavaksi arvioitua tietokantaa, jotka olivat Medic, CINAHL ja PubMed. Tämän lisäksi tehtiin manuaalista tiedonhakua Internetissä käyttäen Google Scholar -hakuohjelmaa ja tukena tiedonhaussa käytettiin myös Terveystietoa. Tiedonhaut aloitettiin testihauilla, joiden avulla haettiin parhaimpia osumia tuottavia hakutermejä. Tiedonhaussa käytettiin apuna YSA- ja MeSH -termejä. Kussakin tietokannassa haut tehtiin kyseisen tietokannan ohjeiden mukaisesti. Hakua tehdessä hakutulos rajattiin niin, että se antoi vain vuosina 2000–2017 julkaistuja tutkimuksia. Julkaisukieliksi rajattiin suomi, englantia ja ruotsi. Onnistuneen hakutuloksen jälkeen, viitteisiin tutustuttiin ja hakutulosta seulottiin vielä esimerkiksi valiten vain kokotekstin sisältävät viitteet.

Ensimmäisessä vaiheessa tutkimukset valittiin otsikon ja tiivistelmän perusteella. Koska hakukriteerinä oli aineiston saatavuus kokotekstinä, aineistoon päästiin tutustumaan heti

tarkemmin. Alkuperäiseen hakutulokseen sisältyi 19 artikkelia, joista lopulliseen katsaukseen valittiin 12 artikkelia. Hakutulosten perusteella aiheeseen liittyvää aineistoa oli runsaasti saatavilla. Kirjallisuuskatsaukseen valittu aineisto pyrittiin kuitenkin pitämään riittävän suppeana, jotta sen tarkasteluun käytettävä aika pysyisi opinnäytetyölle asetetuissa rajoissa. Tässä opinnäytetyössä kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten kriteerit olivat seuraavat:

- Tutkimus kuvaa aikuisten potilaiden sitoutumista CPAP-hoitoon
- Tutkimuksessa käsitellään CPAP-hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä
- Tutkimus on julkaistu vuosina 2007-2017
- Tutkimus on julkaistu englannin, suomen tai ruotsin kielellä
- Tutkimus on saatavilla kokotekstinä

Hakusanoina tiedonhaussa käytettiin suomenkielisiä termejä (liite 1) uniapnea, obstruktiivinen uniapnea, CPAP, hoitomyöntyvyys ja hoitoon sitoutuminen. Tiedonhakua kuvaavia suomenkielisiä lauseita olivat ”uniapnea* AND hoitomyöntyvyys”, ”obstruktiiv* uniapnea* AND hoitoon sitoutumi*” ja ”CPAP AND hoitomyöntyvyy*”. Englanninkielisinä hakutermeinä käytettiin Obstructive Sleep Apnea, Continuous Positive Airway Pressure, Patient Compliance ja Patient Adherence. Englanninkielisistä termeistä muodostettiin hakulauseita ”(obstructive sleep apnea) AND (patient compliance) OR (patient adherence)” ja ”(obstructive sleep apnea) AND (compliance, patient)” OR ”(apnea, obstructive sleep) AND (adherence, patient)”.

4.3 Aineiston analyysi

Systemaattista kirjallisuuskatsausta voidaan pitää jo itsessään tutkimuksena. Tällöin tavoitteena on syventää tietoja asioista, joista on olemassa jo valmista tutkittua tietoa ja tuloksia. Tutkijan tavoitteena on koota ja tiivistää tietoa löytämistään tutkimuksista. Tässä tutkija voi käyttää apuna sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon säilyttäen alkuperäinen informaatio. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108, 123.) Aineiston analyysissä käytettiin apuna aineistolähtöistä sisällönanalyysiä ja luokittelua. Aineiston analyysi vaati huolellista perehtymistä katsaukseen valitun aineiston sisältöön. Kirjallisuuskatsaukseen valittua aineistoa analysoidessa sen sisältöä verrattiin tutkimusongelmassa esitettyihin kysymyksiin.

Sisällönanalyysi pohjautuu asetettuun tutkimuskysymykseen. Aineistoa tulkitessa ja läpikäydessä, ollaan kiinnostuneita asioista, jotka vastaavat tähän tutkimuskysymykseen. Aineistolähtöinen analyysi voidaan jakaa kolmivaiheiseksi prosessiksi. Ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen eli redusointi. Tällöin aineistosta poimitaan ainoastaan tutkimuskysymykseen vastaavat asiat ja muu jätetään tarkastelun ulkopuolelle. Seuraavassa vaiheessa tehdään ryhmittely eli klusterointi, jolloin keskeiset asiat luokitellaan tai ryhmitellään yhtäläisyyksien mukaan joukoiksi. Kolmannessa vaiheessa luodaan aineistosta teoreettisia käsitteitä eli abstrahoidaan. Jaottelun jälkeen kirjoitetaan yhteenveto, jossa kerrotaan tutkimuksen tuloksista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101, 108–112, 124.) Tämän opinnäytetyön sisällönanalyysissä yläluokaksi muodostui hoitoon sitoutuminen, josta muodostettiin kaksi alakategoriaa hyvä hoitoon sitoutuminen ja huono hoitoon sitoutuminen. Näiden luokkien alle koottiin aineistosta löydettyjä tekijöitä, jotka ilmentävät alakategorioita. Analyysin tulokset on kuvattu taulukoissa 5 ja 6.

5 TULOKSET

5.1 Aikuisten uniapneapotilaiden hoitoon sitoutuminen

Aikuisten uniapneapotilaiden hoitoon sitoutumista on tutkittu melko paljon ja useammista eri näkökulmista. Tähän kirjallisuuskatsaukseen valitsemisiani tutkimuksissa oli selvitetty masennuksen vaikutusta uniapnean hoitoon sitoutumiseen (Law ym. 2014), uniapnean hoidon seurannan järjestymistä perusterveydenhuollossa (Brander ym. 2015; Queiroz 2013), potilaiden uniapnean hoitoon sitoutumista yleisellä tasolla (Salomaa ym. 2013; Salepci ym. 2013; Wang ym. 2012; Kreivi 2013; Anttalainen 2008) ja uniapnean hoidossa käytettävien laitteiden vaikutusta hoitoon sitoutumiseen (Borel ym. 2013; Aalto, Maasilta & Bachour 2008). Lisäksi oli tutkittu keinoja tukea uniapneapotilasta hoitoon sitoutumisessa (Sedkaoui ym. 2015; Lahtinen 2008).

Suomalaisista tutkimuksista Salomaan (2013, 2175) mukaan uniapneapotilaiden CPAP-hoitoon sitoutuneisuus oli keskimäärin 74%. Huono sitoutuneisuus ilmeni heti hoidon alussa CPAP-laitteen vähäisinä käyttötunteina. Uniapnean vaikeusaste vaikutti tutkimuksen mukaan siten, että lievääkin uniapneaa sairastavista yli 60 % sitoutui hoitoon. Vaikeaa uniapneaa sairastavista 18 % ei sitoutunut hoitoon. Hoitoon sitoutuminen oli tutkimuksen mukaan hyvää kansainvälistä tasoa, mutta kolmannes potilaista käytti laitetta toistuvasti suositeltua vähemmän. Kreivi (2013, 55) on tutkinut hoitoon sitoutumisen ennustettavuutta. Tutkimuksessa havaittiin, että jo hoidon aloitusvaiheessa tehtävän kyselyn avulla voidaan ennustaa huonoa hoitoon sitoutumista. Luotettavaa mittaria, joka ennustaisi hyvää hoitoon sitoutumista, ei tutkimuksessa onnistuttu löytämään. Kansainvälisten tutkimusten mukaan (mm. Sedkaoui 2015; Queiroz 2014) CPAP hoitoon hyvin sitoutuneita oli tutkimusjoukosta noin 65 %. Kiinan Tianjianissa (Wang 2012, 238) tehdyssä tutkimuksessa hoitoon sitoutuminen oli poikkeuksellisen alhaista, ainoastaan 50 % potilaista sitoutui CPAP-hoitoon.

5.2 Uniapnean hoitoon sitoutumisen esteitä

Uniapnean hoitoon sitoutumista heikentäviä tekijöitä on koottu taulukkoon 5. Tutkimuksista ilmeni, että päiväväsyyksen esiintymisellä ei näyttänyt olevan vaikutusta hoitoon

sitoutumiseen (Kreivi 2013, 65). Sosioekonomisella taustalla ei myöskään Suomessa Kreivin tutkimuksessa nähty olevan yhteyttä huonoon hoitoon sitoutumiseen, vaan tärkeimpänä hoitoon sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä nähtiin potilaiden asenteet ja odotukset hoitoa kohtaan. Toisenlaisiin johtopäätöksiin sosioekonomisen taustan vaikutuksista päädyttiin taas Salepcin ym. (2013, 1472) tutkimuksessa. Tutkimukseen mukaan turkkilaisen väestön keskuudessa matala sosioekonominen status ja tietämättömyys uniapnean vakavuudesta sairautena heikensi hoitoon sitoutumista. Tutkimukseen valituista uniapneapotilaista vain 38,3 % osallistui sovittuihin tapaamisiin, vaikka heille oli soitettu useamman kerran ennen sitä. Esiin tuli myös se, että hoitoon sitoutumattomien ryhmässä CPAP-hoidon sivuoireet, kuten rintakipu, vaikeus nukahtaa, ja unihäiriöt olivat yleisempiä. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että ulkopuolisen mittaama objektiivinen hoitoon sitoutuminen näyttäisi olevan matalampi kuin subjektiivinen kokemus hoitoon sitoutumisesta. Salepcin ym. mukaan uniapneapotilaiden ohjauksessa tulisi aina käyttää visuaalista ja havainnollista ohjemateriaalia. Potilaita tulisi rohkaista osallistumaan tapaamisiin ja hoitoon sitoutumista tulee tarkastella objektiivisesti ja tulisi myös korostaa CPAP-laitteen käytön vaikutusta päiväväsymykseen sekä unenlaatuun.

Wang ym. (2012, 238) tutkivat uniapneapotilaiden hoitoon sitoutumista kiinalaisen väestön keskuudessa. Yleisin syy hoitoon sitoutumattomuuteen oli sopeutumattomuus CPAP-hoitoon ja se, että CPAP-hoidon hyötyjä tai tarvetta ei nähty. Myös joka öinen käyttö nähtiin hankalana. Puolet potilaista ei edes aloittanut hoitoa tai lopetti hoidon saman tien. Hoitohenkilökunnan tulisikin tutkimuksen mukaan kiinnittää huomiota siihen, että hoidon aloitusvaihe olisi potilaan kannalta mahdollisimman miellyttävä kokemus. Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan (Lahtinen 2008, 34-39) hoidon alkuvaiheessa potilailla oli ongelmia hoidossa käytettävän laitteiston kanssa. Lisäksi nukkuminen laitteen kanssa oli hankalaa ja hoidosta seurasi sivuvaikutuksia, joita olivat nenän ja suun kuivuminen. Asenne hoitoa kohtaan oli usein negatiivinen. Potilaat saivat tukea hoidon jatkamiseen läheisiltään, vertaisryhmästä ja siitä, että kokivat hoidosta olevan apua.

Borel ym. (2013, 7) tutkivat laitteiston vaikutusta CPAP-hoitoon sitoutumisessa. Tutkimuksen perusteella hoitoon sitoutumattomuus oli suurempaa niillä potilailla, joilla oli käytössään nenä-suumaski tai sierainmaski. Huonoa hoitoon sitoutumista esiintyi enemmän nuorempien henkilöiden ja naissukupuolen keskuudessa. Hoitoon sitoutumista heikensi myös se, että sairaus oli lieväoireinen tai potilaalla oli taustalla masennusta tai reflukseja. Tähän päätyivät tutkimuksessaan myös Law ym. (2014). Masennuksen nähtiin

tutkimuksen perusteella liittyvän huonoon hoitoon sitoutumiseen. Masentuneilla henkilöillä keskimääräinen CPAP-laitteen käyttöaika oli 2,4–4,5 tuntia yössä. Lisäksi kyseisestä tutkimuksesta ilmeni, että lieväoireinen OSA heikentää hoitoon sitoutumista merkittävästi. Borelin ym. mukaan CPAP-laitteeseen asetettu matala paine ja CPAP-hoidon aiheuttamat hankalat sivuoireet heikensivät hoitomyöntyvyyttä. Tutkimuksen perusteella voitiin todeta, mikäli suu-nenämaski aiheuttaa huonoa hoitoon sitoutumista, tulisi siirtyä pelkkään nenämaskiin ja potilaita, joilla on käytössä suu-nenämaski, tulisi seurata erityisen tarkasti.

Yleisimpiä potilaiden kokemia CPAP-hoidon haittavaikutuksia olivat nenän- ja suun limakalvojen kuivuminen, jatkuva vesinuha tai nenän tukkoisuus, aivastelu sekä nenäverenvuoto. Osalla potilaista esiintyi lisäksi silmäoireita, hammaskipua ja aamupäänsärkyä. Vaikeimmiksi sivuoireiksi potilaat kokivat limakalvo-oireet ja unen häiriintymisen. Nämä sivuoireet vaikuttivat tutkimusten mukaan hoitoon sitoutumiseen. (Lahtinen 2008; Kreivi 2013; Borel ym. 2013; Salepci ym. 2013; Brander ym. 2015; Wang 2012.)

TAULUKKO 5. Uniapnean hoitoon sitoutumista heikentäviä tekijöitä.

Uniapnean hoitoon sitoutumista heikentäviä tekijöitä
Maski- ja laiteongelmat <ul style="list-style-type: none"> • Ilmavuoto ja iho-ongelmat • Suu-nenämaski • Melu • Klaustrofobia • Matala CPAP-paine • Maskin huono istuvuus
Hoidon sivuoireet <ul style="list-style-type: none"> • Suun ja nenän kuivuminen • Vesinuha tai nenän tukkoisuus • Aivastelu • Nenäverenvuoto, kipu nenässä • Ilman nieleminen • Hammaskipu • Aamupäänsärky • Silmäoireet
Taustasairaudet <ul style="list-style-type: none"> • Masennus • Refluksi
Uniapnean vaikeusaste <ul style="list-style-type: none"> • Lievemmissä tautimuodossa heikompi sitoutuminen
Sosioekonomiset tekijät <ul style="list-style-type: none"> • Joidenkin tutkimusten mukaan vaikuttaa heikentävästi hoitoon sitoutumiseen
Asenteet ja motivaatio <ul style="list-style-type: none"> • Ennakkoluulot hoitoa kohtaan • Uniapnean hoitoa ei pidetä tärkeänä • Negatiivinen asenne hoitoa kohtaan
Muut tekijät <ul style="list-style-type: none"> • Yleinen sopeutumattomuus hoitoon • Ei vastetta hoitoon • Epämukavuus ja vaikeus nukahtaa • Herääminen yöllä • Puolison häiriintyminen

5.3 Uniapnean hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä

Hoitoon sitoutumista edistäviä tekijöitä on koottu taulukkoon 6. Tutkimuksista ilmeni, että unen aikaisten hengityskatkosten tiheämpi esiintyminen eli uniapnean vaikeusaste näyttäisi lisäävän hoitoon sitoutumista (Kreivi 2013, 56; Borel 2013, 1; Salepci 2013, 1472.) Salepcin ym. (2013, 1472) mukaan hoitoon sitoutumista lisäsi se, että potilaat kokivat hoidon auttavan päiväväsymykseen ja parantavan unen laatua. Visuaalisen ja havainnollisen materiaalin käyttö ohjauksessa tuki hoidon onnistumista. Potilaita tulisi rohkaista osallistumaan seurantaan ja hoitoon sitoutumista tulisi tarkastella objektiivisesti, koska se poikkeaa yleensä subjektiivisesta kokemuksesta. CPAP-laitteen käytön vaikutusta päiväväsymykseen sekä unenlaatuun tulisi tutkimuksen mukaan myös korostaa potilaille.

Puhelinneuvonta koettiin hyväksi hoitoon sitoutumista edistäväksi menetelmäksi. Tämän ovat tuoneet esille tutkimuksessaan Lahtinen (2008) ja Sedkaoui ym. (2013). Lahtisen (2008, 29) mukaan oli erittäin tärkeää, että potilaat saivat hoidon aloituksen jälkeen itsehoitoon paljon tukea puhelimen ja kirjallisten ohjeiden kautta. Parhaimman tuen potilaat saivat puhelinneuvonnasta. Puhelimitse saatu tuki rohkaisi potilaita hoidossa ja he kokivat, että hoidon onnistumisesta välitetään. Sedkaoui ym. (2015, 1) mukaan puhelinneuvontaa saaneiden potilaiden sitoutuminen CPAP-hoitoon oli 75 %, kun taas verrokkiyhmässä hoitoon sitoutuneisuus oli 65 %. Tämän tutkimuksen tulos oli, että vähäinen CPAP-laitteen käyttö oli lisääntynyt puhelinohjauksen ansiosta. Potilaat näyttäisivät siten hyötävän hoidon aikaisesta puhelinohjauksesta merkittävästi. Tutkimuksen aikana voitiin havaita, että hoitoon sitoutuneisuus saattaisi olla parempi, mikäli potilaat saisivat riittävää tukea hoidon aloituksen aikana. Hoidon aloitusvaiheen tuen tärkeyden nostivat esiin tutkimuksessaan myös Wang ym. (2012). Hoitohenkilökunnan tulisi tutkimuksen perusteella kiinnittää huomiota siihen, että hoidon aloitusvaihe olisi potilaan kannalta mahdollisimman miellyttävä kokemus.

CPAP-hoitolaitteiden teknisten ominaisuuksien vaikutusta hoitomyöntyvyyteen, tutkivat Aalto, Maasilta & Bachour (2008, 3311). Tutkimustieto teknisten parannusten vaikutuksista hoitoon sitoutumiseen oli kuitenkin ristiriitaista. Artikkelien kirjoittajien kokemuksen mukaan tekniset parannukset, etenkin kostuttimen käyttö, kuitenkin lisäsivät hoitomyöntyvyyttä. Uudet laitteet vaativat riittävää panostamista potilaiden ohjaukseen ja henkilökunnan kouluttamiseen. Ohjauksen merkitystä CPAP-potilaan hoidossa on tutkinut

myös Lahtinen (2008, 23–31.) Tutkimuksen mukaan potilaat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Hyvin suunniteltu ja toteutettu hoitoprosessi lisäsi tyytyväisyyttä. Ohjauksessa korostui henkilökunnan ammattitaidon merkitys, ohjauksen ymmärrettävyys ja kiireettömyys, riittävä laitteiston käytön opettelu ja mahdollisuus vaikuttaa itse maskin valintaan. Tärkeiksi hoidon onnistumista tukeviksi tekijöiksi nousivat myös nenähoidon ohjaus, riittävä itsehoidon tuki, omaisten huomioiminen ja hoidon jatkuvuuden varmistaminen. Potilaat kokivat tärkeäksi sen, että heille kerrottiin ohjaustilanteessa erilaisista uniapnean hoitovaihtoehtoista CPAP-hoidon rinnalla. Tärkeäksi potilaat kokivat myös sen, että unitutkimuksen (unipolygrafian) tulokset selvitettiin perusteellisesti. Tämä auttoi potilaita hyväksymään laitehoidon välttämättömyyden.

Seurannan ja jatkohoidon merkitys uniapnean hoitoon sitoutumisen kannalta, korostui Branderin ym. (2015) ja Lahtisen (2008) tutkimuksissa. Branderin ym. (2015,) tutkimuksen mukaan suurin osa (87 %) potilaista kävi seurantakäynneillä terveyskeskuksessa ja sitoutui laitehoitoon hyvin. Lahtisen mukaan (2008, 32–33) potilaat kokivat tärkeäksi sen, että hoidon jatkuvuus oli turvattu ja suunnitelma jatkohoidosta sekä seuraavan käynnin ajankohta olivat tiedossa. Tietoisuus siitä, että tarvittaessa he voisivat olla yhteydessä hoitoyksikköön, mikäli esimerkiksi käytettävä maski olisikin epäsovelias, lisäsi motivaatiota hoidon jatkamiseen. Potilaat kokivat lisäksi tärkeäksi sen, että hoidon epäonnistuksessa tai käynnin peruuntuessa hoito ei katkennut, vaan potilaalle sovittiin uusi käynti.

Lahtisen (2008, 39–43) tutkimuksessa nousi esiin myös vertaistuen merkitys hoitoon sitoutumista edistävänä tekijänä. Tuttavilta ja vertaisryhmäläisiltä haettiin neuvoja ja kokemuksia CPAP-laitteen käytöstä. Voimavaroja hoitoon sitoutumiseen saatiin myös myönteisestä suhtautumisesta sairauden hoitoon. Positiivisen asenteen ylläpitämistä auttoi se, että hoito alkoi yleensä sujua alkuvaikeuksien jälkeen. Osa potilaista pohti myös keinoja, joilla hoidon toteuttamista voisi helpottaa. Joillekin tukea hoitoon sitoutumiseen toi se, että laite oli helppokäyttöinen ja selkeä. Useimmiten laite koettiin käytössä hiljaiseksi ja lähes äänettömäksi, vaikka ennakko-odotukset olivatkin olleet toisenlaisia. Ne potilaista, joilla maskin valinta oli onnistunut ja maski istui hyvin kasvoilla, olivat myös motivoituneita sitoutumaan hoitoon. Joillekin potilaista laitteen tuoma helpotus väsymykseen ja muihin uniapnean oireisiin oli hoitoon sitoutumista lisäävä tekijä. Toiset kokivat tärkeäksi myös sen, että laitteen käyttöönoton ja hoidon aloittamisen myötä myös puolison yöuni oli parempaa.

TAULUKKO 6. Uniapnean hoitoon sitoutumista edistävät tekijät.

Uniapnean hoitoon sitoutumista edistävät tekijät				
Potilas	Omaiset	Hoitohenkilöstö	Uniapnea	Hoitomuoto
<ul style="list-style-type: none"> • Myönteinen asenne • Motivaatio • Kokemus hoidon hyödyllisyydestä ja laitteen mukavuus käytössä • Vertaistuki • Aloitusvaihe hyvin onnistunut • Saadun ohjauksen laatu • Seuranta • Laitteiston käytön huolellinen opettelu • Huolellinen maskin valinta ja sovitin • Itsehoidon tuki - mahdollisuus soittaa, riittävä kirjallinen materiaali • Mahdollisuus vaihtaa maskityyppiä hoidon aikana • Unen laadun paraneminen • Päiväväsymyksen väheneminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Riittävä tiedonsaanti • Läheisille kirjallinen ohjaus • Hoidon myötä puolison parempi yöuni 	<ul style="list-style-type: none"> • Ohjauksen selkeys • Pätevyys • Ajantasainen tieto • Riittävästi aikaa • Ohjauksen monimetodisuus (kirjallinen, suullinen, kuvallinen, yksilö/ryhmäohjaus) • Hoidon hyötyjen korostaminen • Puhelinohjaus • Saavutettavuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Taudin vaikeusaste - vaikeammassa tautimuodossa parempi sitoutuneisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoidon jatkuvuus - Kontrollikäynnit, seuranta • Mahdollisuus kokeilla eri maskityyppejä • Riittävä nenähoidon ohjaus • Kiinnitetään huomiota sivuoireiden vähentämiseen (maskin vaihto, paine, kostutin, nenätipat) • Eri hoitovaihtoehtojen esiin tuominen • Perusteellinen tutkimustulosten selvittäminen potilaalle - laitehoidon parempi hyväksyminen

6 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tekeminen alkoi aihevalinnalla keväällä 2016. Koska kyseessä oli AHOT-opinnäytetyö, tein työn yksin. Opinnäytetyöstä saatava opintopistemäärä oli tästä työstä 5 op, koska olin aiemmassa tutkinnossani tehnyt pro gradu -tutkielman. Opinnäytetyön aiheen valitsin itse, saatuani ohjaajaltani palautetta ehdottamistani aiheista. Aiheeksi valikoitui uniapnean hoitoon sitoutuminen. Kiinnostuin aiheesta päästessäni tutustumaan Hatanpään uniyksikön sairaanhoitajan vastaanottoon, ollessani harjoittelussa Hatanpään terveysasemalla. Työtä tehdessä aihe vielä tarkentui ja täsmentyi. Alustavan tiedonhaun aloitin keväällä 2016. Opinnäytetyön teoreettisen osuuden kirjoitin kesällä 2016, systemaattiset tiedonhaut tein tammikuussa 2017. Kirjoittamista ja aineiston analysointia tein kevään 2017 aikana ja lopullinen opinnäytetyö valmistui arvioitavaksi maaliskuussa 2017.

Tämän opinnäytetyön prosessin aikana käytin melko vähän ohjaavan opettajan ohjausta hyväksi. Opinnäytetyöprosessin toteuttaminen itsenäisesti oli haastavaa. Alun perin tarkoitukseni oli saada työ valmiiksi joulukuun 2016 loppuun mennessä. Aikataulu venyi kuitenkin keväälle 2017 ja tiedonhakuihin käytettävä aika jäi lopulta melko lyhyeksi. Prosessi ei ollut yhtenäinen vaan opinnäytetyötä tein aina, kun sen tekemiseen oli mahdollista varata riittävästi aikaa. Kirjallisuuskatsaus oli minulle vieras tutkimusmenetelmänä ja suuri osa opinnäytetyöprosessista koostuikin tutustumiseen kirjallisuuskatsaukseen menetelmänä. Koska koko opinnäytetyö prosessi toteutettiin itsenäisesti työskennellen ja en osallistunut metodiopintoihin tai käsikirjoitusseminaareihin, tuntui opinnäytetyön formaatin ja tutkimusmenetelmän haltuunotto ajoittain työläältä. Ajankäyttöä olisin voinut suunnitella paremmin, koska lopullisessa aikataulussa pysyminen oli haasteellista.

6.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuskohteen valintaan sisältyy erilaisia eettisiä kysymyksiä. Ne vaikuttavat siihen, mitä tutkitaan ja mitä puolestaan jätetään tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkimuskohteen valinta käy ilmi tutkimustehtävän ja tutkimusongelman määrittelyssä ja rajaamisessa. Lähtökohtana voidaan pitää sitä, että tutkittava asia on tieteellisesti mielekäs ja perusteltu eivätkä tutkimusaiheen ja -ongelman määrittely loukkaa ketään. Tutkimusaiheeseen ei

saa sisältyä väheksyviä oletuksia esimerkiksi kohteena olevasta potilas- tai ihmisryhmästä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 365.) Tässä opinnäytetyössä eettisyys on huomioitu siten, että lähteet on valittu lähdekritiikkiä noudattaen ja tarkastaen, että löydettyt lähteet ovat tarkoin valittuja ja asianmukaisia julkaisuja. Käytetyt lähteet on merkitty tekstiin huolellisesti ja siten, että tekstistä käy ilmi, milloin kyseessä on toisen henkilön kuin opinnäytetyön kirjoittajan ajatukset ja tulkinnat.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Useimmiten käytetään kahta käsitettä: reliaabelius ja validius tai reliabiliteetti ja validiteetti. Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta ja tutkimuksen kykyä antaa vastaukseksi ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliaabelius voidaan todeta useammalla tavalla. Mikäli kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen tai samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja saadaan sama tulos, tulosta voidaan pitää reliaabelina. Validius eli tutkimuksen pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata täsmälleen sitä, mitä on tarkoituksena mitata. (Hirsjärvi 2014, 231.)

Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta on pohdittu aineiston hakuprosessin aikana. Luotettavuutta saattaa heikentää se, että vieraskielisten artikkelien tulosten tulkinnassa voi syntyä kielellisiä väärinymmärryksiä. Luotettavuutta lisää puolestaan se, että erikielisten tutkimusartikkelin tuloksia on verrattu keskenään ja pohdittu ovat tulokset samankaltaisia ja vahvistavatko tulokset toisiaan. Valituissa tutkimuksissa kriteereinä on ollut, että tutkimus kuvaa aikuisten potilaiden sitoutumista CPAP-hoitoon ja tutkimuksessa käsitellään CPAP-hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä, tutkimus on julkaistu vuosina 2007–2017, se on julkaistu englannin, suomen tai ruotsin kielellä ja saatavilla luotettavana pidettävän julkaisijan kautta. Tutkimuksia valittiin lopulliseen katsaukseen 12, koska niiden analysoimiseen käytettävä aika oli rajallinen. Aineiston pienekö koko saattaa vaikuttaa työn luotettavuuteen ja tulosten sovellettavuuteen. Tämä opinnäytetyö on lisäksi tehty yksin ja se voi vaikuttaa tulosten luotettavuuteen, varsinkin tulosten tulkitsemisvaiheessa.

Tutkimusteksti on tutkijan tulkinta aineistosta. Kirjallisuuskatsauksen tekijän tulee olla lähteitä valitessaan ja tutkimustuloksia esitellessään rehellinen ja puolueeton. Siksi hänen tulisi osoittaa lukijalle eri tutkimuksissa havaitsemansa näkemyserot ja ristiriitaisuudet. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 260). Tutkimuskirjallisuuden tulisi olla korkeatasoista ja alle 10 vuotta vanhaa, jotta sitä voidaan pitää luotettavana (Tuomi & Sarajärvi

2009, 159). Tässä opinnäytetyössä aineiston rajaus tehtiin hakuvaiheessa vuosiin 2000-2017. Lopulliseen katsaukseen valitut vanhimmat artikkelit oli julkaistu vuonna 2008.

6.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tehtävänä oli kirjallisuuskatsauksen keinoin kuvata, kuinka hyvin potilaat sitoutuvat uniapnean hoitoon ja mitkä tekijät edistävät hoitoon sitoutumista ja mitkä puolestaan estävät sitä. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin sekä suomalaisia, että kansainvälisiä tutkimuksia. Tämän opinnäytetyön sisällönanalyysissä yläkategoriaksi muodostui hoitoon sitoutuminen, josta muodostettiin kaksi alakategoriaa hyvä hoitoon sitoutuminen ja huono hoitoon sitoutuminen. Näiden luokkien alle koottiin aineistosta löydettyjä tekijöitä, jotka ilmentävät alakategorioita.

Aikuisten uniapneapotilaiden hoitoon sitoutumista on tutkittu melko paljon sekä kansainvälisesti että Suomessa. Uniapnean hoitoon sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä on myös tehty useita tutkimuksia. Opinnäytetyöhöni valitsemisani tutkimuksissa oli selvitetty masennuksen vaikutusta uniapnean hoitoon sitoutumiseen (Law ym. 2014), uniapnean hoidon seurannan järjestämispaikan vaikutusta hoitoon sitoutumiseen (Brander ym. 2015; Queiroz 2013) ja uniapnean hoidossa käytettävien laitteiden vaikutusta hoitoon sitoutumiseen (Borel ym. 2013; Aalto, Maasilta & Bachour 2008).

Uniapneapotilaiden CPAP-hoitoon sitoutuneisuusaste vaihteli analysoidussa aineistoissa 50-74 % (Salomaa 2013, 2175; Sedkaoui 2015; Queiroz 2014; Wang 2012). Huono sitoutuneisuus ilmeni heti hoidon alussa CPAP-laitteen vähäisinä käyttötunteina. Uniapnean vaikeusaste vaikutti hoitoon sitoutumiseen. Tutkimuksista ilmeni, että unen aikaisten hengityskatkosten tiheämpi esiintyminen eli uniapnean vaikeusaste näyttäisi lisäävän hoitoon sitoutumista. (Kreivi 2013, 56; Borel 2013, 1; Salepci 2013, 1472.) Päiväsymyksen vähentyminen nähtiin CPAP-hoidon jatkamista motivoivana tekijänä Lahtisen (2008, 42) ja Salepcin ym. (2013, 1472) tutkimuksissa, joiden mukaan mukaan hoitoon sitoutumista lisäsi se, että potilaat kokivat hoidon auttavan päiväväsymykseen ja parantavan unen laatua. CPAP-hoitolaitteiden teknisten ominaisuuksien vaikutusta hoito-omyyntyvyyteen, tutkivat Aalto, Maasilta & Bachour (2008, 3311). Kokemusten mukaan

tekniset parannukset, etenkin kostuttimen käyttö, lisäsivät hoitomyöntyvyyttä. Ne potilaat, joilla maskin valinta oli onnistunut ja maski istui hyvin kasvoilla, olivat myös motivoituneempia sitoutumaan hoitoon (Lahtinen 2008, 41.)

Tutkimuksissa korostui myös vertaistuen merkitys hoitoon sitoutumista edistävänä tekijänä (Lahtinen 2008, 39–43). Vertaisryhmäläisiltä haettiin neuvoja ja kokemuksia CPAP-laitteen käytöstä. Hoitoon sitoutumista tuki myös myönteinen suhtautuminen sairauden hoitoon. Yleensä hoito alkoi sujua alkuvaikeuksien jälkeen. CPAP-laitteen helppokäyttöisyys ja selkeys sekä hiljaiset käyttöäänit tukivat myös hoitoon sitoutumista. Toiset kokivat tärkeäksi myös sen, että laitteen käyttöönoton ja hoidon aloittamisen myötä myös puolison yöuni oli parempaa.

Hoitoon sitoutumista heikensivät useammatkin tekijät. Asenne hoitoa kohtaan oli usein negatiivinen. Yhtenä tärkeimpänä hoitoon sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä nähtiin potilaiden asenteet ja odotukset hoitoa kohtaan (Kreivi 2013, 56; Lahtinen 2008, 35.) Taustasairauksista erityisesti masennus ja refluksi heikensivät hoitomyöntyvyyttä. (Law ym. 2014, 163; Borel 2013, 1.) Masentuneilla henkilöillä keskimääräinen CPAP-laitteen käyttöaika jäi reilusti alle suositusten. Muita hoitoon sitoutumista heikentäviä tekijöitä oli uniapnean lieväoireisuus, CPAP-laitteeseen asetettu matala paine ja CPAP-hoidon aiheuttamat hankalat sivuoireet. Lisäksi hoitoon sitoutumattomuus oli suurempaa niillä potilailla, joilla oli käytössään nenä-suumaski tai sierainmaski.

Sosioekonomisella taustalla ei Suomessa Kreivin (2013, 56) tutkimuksessa nähty olevan yhteyttä huonoon hoitoon sitoutumiseen. Toisenlaisiin johtopäätöksiin sosioekonomisen taustan vaikutuksista päädyttiin taas Salepcin ym. (2013, 1472) tutkimuksessa. Tutkimuksen mukaan matala sosioekonominen status ja tietämättömyys uniapnean vakavuudesta sairautena heikentävät hoitoon sitoutumista. Wang ym. (2012, 238) mukaan yleisin syy hoitoon sitoutumattomuuteen oli sopeutumattomuus CPAP-hoitoon ja se, että CPAP-hoidon hyötyjä tai tarvetta ei nähty ja laitteen joka öinen käyttö nähtiin hankalana.

Hoidon aloitusvaihe on hoidon onnistumisen kannalta erittäin tärkeä. Tämä tuli esiin Lahtisen (2008, 34–39) sekä Wangin ym. (2012, 238) tutkimuksissa. Hoidon alkuvaiheessa potilailla oli ongelmia hoidossa käytettävän laitteiston kanssa. Lisäksi nukkuminen laitteen kanssa oli hankalaa ja hoidosta seurasi sivuvaikutuksia. Yleisimpiä potilaiden koke-

mia CPAP-hoidon haittavaikutuksia olivat nenän- ja suun limakalvojen kuivuminen, jatkuva vesinuha tai nenän tukkoisuus, aivastelu sekä nenäverenvuoto. Osalla potilaista esiintyi lisäksi silmäoireita, hammaskipua ja aamupäänsärkyä. Vaikeimmiksi sivuoireiksi potilaat kokivat limakalvo-oireet ja unen häiriintymisen. Nämä sivuoireet vaikuttivat tutkimusten mukaan merkittävästi hoitoon sitoutumiseen. (Lahtinen 2008; Kreivi 2013; Borel ym. 2013; Salepci ym. 2013; Brander ym. 2015; Wang 2012.)

Ohjauksen merkitys CPAP-potilaan hoidossa nousi myös tutkimuksissa esiin. Lahtisen (2008, 23–31.) hyvin suunniteltu ja toteutettu hoitoprosessi lisäsi tyytyväisyyttä. Ohjauksessa korostui henkilökunnan ammattitaidon merkitys, ohjauksen selkeys ja ohjaustilanteen kiireettömyys. Potilaat kokivat tärkeäksi mahdollisuuden riittävään laitteiston käytön opetteluun ja mahdollisuuden vaikuttaa itse CPAP-maskin valintaan. Muita hoidon onnistumisen kannalta tärkeitä tekijöitä olivat nenäoireiden hoidon ohjaus, riittävä itsehoiton tuki, omaisten huomioiminen ja hoidon jatkuvuuden varmistaminen. Visuaalisen ja havainnollisen materiaalin käyttö ohjauksessa tuki hoidon onnistumista (Salepci 2013, 1472). Ohjauksen lisäksi puhelinneuvonta koettiin hyväksi uniapnean hoitoon sitoutumista edistäväksi menetelmäksi. Tämän toivat esille tutkimuksessaan Lahtinen (2008) ja Sedkaoui ym. (2013). Lahtisen (2008, 29) mukaan oli eri erittäin tärkeää, että potilaat saivat hoidon aloituksen jälkeen itsehoitoon paljon tukea puhelimen ja kirjallisten ohjeiden kautta. Puhelimitse saatu tuki rohkaisi potilaita hoidossa ja he kokivat, että hoidon onnistumisesta välitetään.

Seurannan ja jatkohoidon merkitys uniapnean hoitoon sitoutumisen kannalta, korostui Branderin ym. (2015) ja Lahtisen (2008) tutkimuksissa. Branderin ym. (2015.) tutkimuksen mukaan suurin osa (87 %) potilaista kävi seurantakäynneillä terveyskeskuksessa ja sitoutui laitehoitoon hyvin. Potilaat kokivat tärkeäksi (Lahtinen 2008, 32–33) sen, että hoidon jatkuvuus oli turvattu ja suunnitelma jatkohoidosta sekä seuraavan käynnin ajankohta olivat tiedossa. Potilaille oli tärkeää myös tietoisuus siitä, että tarvittaessa he voisivat olla yhteydessä hoitoyksikköön, mikäli hoidon toteutuksessa ilmenisi ongelmia.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksia on kuvattu opinnäytetyössä taulukoissa 5 ja 6 sekä luvuissa 5.1–5.3. Tässä opinnäytetyössä on keskitytty uniapnean hoitoon sitoutumiseen vaikuttaviin tekijöihin. Tutkimusta voisi laajentaa tekemällä laajemman kirjallisuuskatsauksen jossa vertailtaisiin uniapnean hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä esimerkiksi Pohjoismaissa. Lisäksi voisi tutkia, miten elämänlaatu on potilaiden kokemuksen mukaan

muuttunut uniapnean hoidon aloituksen jälkeen. Tämän voisi toteuttaa haastattelututkimuksena tai kirjallisuuskatsauksena.

LÄHTEET

Tähdellä (*) merkityt lähteet ovat kirjallisuuskatsauksessa käytettyjä tutkimuksia

*Aalto, T., Maasilta, P. & Bachour, A. 2008. Uniapneataudin ylipainehoito ja hoitolaitteiden ominaisuudet. Suomen Lääkärilehti 63 (40), 3305-3311.

*Anttalainen, U. 2008. Sleep-disordered Breathing in Women. Turun yliopisto. Keuhkosairausoppi ja unitutkimusyksikkö. Fysiologian laitos. Annales Universitatis Turkuensis. Ser. D. Medica – Odontologica. Osa 820. Turku: Turun yliopisto. Väitöskirja.

*Borel, J. C., Tamisier, R., Dias-Domingos, S., Sapene, M., Martin, F., Stach, B., Grillet, Y., Muir, J. F., Levy, P., Series, F., Pepin, J.-L. 2013. Type of Mask May Impact on Continuous Positive Airway Pressure Adherence in Apneic Patients. Plos One 8 (5), 1-8.

*Brander, P., Lehto, J., Kunnas-Vaikkinen, V., Kämäräinen, J., Veteläso, U. Pietinalho, A. 2015. Uniapnean CPAP-hoidon seuranta terveyskeskuksessa. Suomen Lääkärilehti 70 (9), 563- 568a-f.

Bäck, L. & Bachour, A. 2015. Obstrukttiivinen uniapnea aikuisilla. Ajankohtaista Lääkärin käsikirjasta. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 131 (16), 1477–1479.

Hengityслиitto 2017. Keuhkosairaudet. Uniapnea. CPAP-laitteen käyttö ja huolto. Luettu 17.3.2017. <http://www.hengityслиitto.fi/fi/hengityssairaudet/uniapnea/cpap-laitteen-kaytto-ja-huolto>

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2014. 19. painos. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. 3.uudistettu painos. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

*Kreivi, H-R. 2013. Obstructive sleep apnea. From symptoms to follow-up. University of Helsinki. Department of Pulmonology. Helsinki: Helsingin yliopisto. Väitöskirja.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

*Lahtinen, M. 2008. Uniapneapotilaan kokemukset saamastaan Cpap-hoidon ohjauksesta ja hoidon sujuvuudesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Lauri, S. (toim.) 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WS Bookwell Oy.

*Law, M., Naughton, M., Ho, S., Roebuck, T. & Dabscheck, E. 2014. Depression May Reduce Adherence during Titration Trial. Journal of Clinical Sleep Medicine 10 (2), 163-169.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Niela-Vilén & Hamari 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A: 73/2016.

*Queiroz, D. L. C., Yui, M. S., Braga, A. A., Coelho, M. L., Küpper, D. S., Sander, H. H., Almeida, L. A. Fernandes, R. M. F., Eckeli, A. L. & Pereira Valera, F. C. 2014. Adherence of obstructive sleep apnea syndrome patients to continuous positive airway pressure in a public service. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* 80 (2), 126-130.

Saaresranta, T. & Polo, O. 2014. Kaarteenaho, R., Halme, M., Brander, P. E., & Kinula, V. 2013. Keuhkosairaudet: Diagnostiikka ja hoito. Helsinki: Duodecim. Luettu 15.3.2017 <http://www.oppiporssi.fi/op/kes00242/do>

*Salepci, B., Caglayan, B., Kiral, N., Parmaksiz, E. T., Comert, S. S., Sarac, G., Fidan, A. & Gungor, G. A. 2013. CPAP Adherence of Patients With Obstructive Sleep Apnea. *Respiratory Care* 58 (9), 1467-1473.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisojohtaminen 4. Luettu 13.3.2017. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

*Salomaa, E.-R., Myllylä, M., Kurki, S., Anttalainen, U., Virkkala, J., Saaresranta, T & Laitinen, T. 2013. Uniapneapotilas 2000-luvulla: kenelle CPAP-hoito aloitetaan ja miten siihen sitoudutaan? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 129 (20), 2175-2182.

*Sedkaoui, K., Leseux, L., Pontier, S., Rossin, N., Leophonte, P., Fraysse, J.-L. & Didier, A. 2015. Efficiency of a phone coaching program on adherence to continuous positive airway in sleep apnea hypopnea syndrome: a randomized trial. *BMC Pulmonary Medicine* 15 (102), 1-8.

Seppä, J., Tuomilehto, H. & Kokkarinen, J. 2007 Aikuisten obstruktiivisen uniapnean Hoito. Näin hoidan. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 123 (1), 88–94.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. Valtakunnallinen uniapneaohjelma 2002–2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A: 73/2016.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Uniapnea (obstruktiivinen uniapnea aikuisilla) 2010. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Keuhkolääkäriyhdistyksen ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Luettu 13.3.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50088>

*Wang, Y., Gao, W., Sun, M. & Chen, B. 2012. Adherence to CPAP in Patients With Obstructive Sleep Apnea in a Chinese Population. *Respiratory Care* 57 (2), 238-243.

LIITTEET

Liite 1. Aineiston hakuprosessi elektronisiin tietokantoihin

1(2)

Tietokanta/rajaus/hakusanat	Löytyneet viitteet kpl	Valitut viitteet kpl	Lopulliseen katsaukseen valitut kpl
Medic			
uniapnea* AND hoitomyöntyvyys <i>rajaukset: 2000-2017</i>	6	6	
obstruktiiv* uniapnea* AND hoitoon sitoutumi* <i>rajaukset: 2000-2017</i>	11	0	
CPAP AND hoitomyöntyvy* <i>rajaukset: 2000-2017</i>	6	0	
		Yhteensä: 6	Yhteensä: 6
PubMed			
(obstructive sleep apnea) AND (compliance, patient) OR (apnea, obstructive sleep) AND (adherence, patient) <i>rajaukset:-</i>	610	0* - rajaukset tässä vaiheessa ja uusi haku	
(obstructive sleep apnea) AND (compliance, patient) OR (apnea, obstructive sleep) AND (adherence, patient) <i>rajaukset: free full text + publication date last 5 years + languages English OR Finnish OR Swedish</i>	141	9	
		Yhteensä: 9	Yhteensä: 4

2(2)

Tietokanta/rajaus/hakusanat	Löytyneet viitteet kpl	Valitut viitteet kpl	Lopulliseen katsaukseen valitut kpl
CINAHL Complete (EBSCO) (obstructive sleep apnea) AND (patient compliance) OR (patient adherence) <i>rajaukset: full text + last 10 years</i> <i>+ language English</i>	1655	0* - rajaukset tässä vaiheessa ja uusi haku	
(obstructive sleep apnea) AND (patient compliance) OR (patient adherence) <i>rajaukset: full text + last 10 years</i> <i>+ language English + Major</i> <i>Heading: Patient Compliance OR</i> <i>Continuous positive Airway Pressure OR Sleep Apnea, Obstructive</i>	23	4	
		Yhteensä: 4	Yhteensä: 2

Liite 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

1(5)

Tutkimuksen/artikkelin tiedot	Tutkimuksen tarkoitus/toteutus/artikkelin sisältö	Tutkimuksen/artikkelin tulokset ja johtopäätökset
Aalto, T., Maasilta, P. & Bachour, A. 2008. Uniapneataudin ylipainehoito ja hoitolaitteiden ominaisuudet. <i>Suomen Lääkärilehti</i> (katsausartikkeli).	Katsauksen tavoitteena on kuvata, millaisia uusia CPAP-hoitolaitteita on käytössä tällä hetkellä ja pohtia sitä, vaikuttavatko tekniset parannukset hoitomyöntyvyyteen.	Tutkimustieto teknisten parannusten vaikutuksesta hoitomyöntyvyyteen ristiriitaista. Artikkelien kirjoittajien kokemuksen mukaan tekniset parannukset lisäävät hoitomyöntyvyyttä. Uudet laitteet vaativat pannotamista potilaiden ohjaukseen ja henkilökunnan jatkuvaa kouluttamista.
Anttalainen, U. 2008. Sleep-disordered Breathing in Women. (väitöskirja).	Tutkittiin miesten sekä pre- ja postmenopausaalisten naisten välisiä eroja unenai-kaisten hengityshäiriöiden, oireiden ja liitännäissairauksien esiintymisessä. Tutkimus oli kliininen, taaksepäin suuntautuva poikkileikkaus-tutkimus, jossa oli mukana 601 peräkkäin tutkittua naista ja 233 iän ja painoindeksin (BMI) saman kaltaista miesparia naisille. CPAP-laitteen käyttö tiedot oli kerätty Paimion sairaalan tietokannasta. Liitännäissairauksien tiedot saatiin KELA:n erityiskorvattavien lääkkeiden tietokannoista.	Tutkittaessa unenai-kaisten poikkeavan hengityksen määrää, unenai-kaiset hengityshäiriöt olivat yleisempiä miehillä ja postmenopausaalisilla naisilla verrattessa premenopausaalisin naisiin. CPAP-hoitoon sitouminen ei vaihdellut oireisten osittaista ylähengitystieahtamaa tai obstruktiivista uniapneaa sairastavien välillä. Liitännäissairaudet olivat yleisempiä unenai-kaista hengityshäiriötä sairastavilla kuin suomalaisilla yleensä. Sekä miehillä että naisilla, jotka sairastivat osittaista ylähengitysteiden ahtamaa, oli kolminkertainen astman ja/tai keuhkoahdumataudin vaara uniapneaa sairastaviin verrattuna. Tutkimuksen perusteella on tärkeää löytää ja hoitaa unenai-kaisten hengityshäiriöiden liitännäissairaudet sekä osittaista ahtamaa sairastavat, erityisesti vanhemmat ja oireilevat naiset.
Borel, J. C., Tamsier, R., Dias-Domingos, S., Sapene, M., Martin, F., Stach, B., Grillet, Y., Muir, J. F., Levy, P., Series, F., Pepin, J.-L. 2013. Type of Mask May Impact on Continuous Positive Airway Pressure Adherence in Apneic Patients. <i>Plos One</i> (alkuperäisartikkeli).	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ja arvioida CPAP-hoidossa käytettävän maskityypin (nenämaski, nenä-suomaski, sierainmaski) vaikutusta OSA:n hoitoon sitoutumiseen. Uudet CPAP-hoidon aloittaneet potilaat (n 2311), tutkittiin vuosina 2009-2011. Potilaista kerättiin analyysia varten seuraavia tietoja: ruumiinrakenne, sairaushistoria, OSA:n vaikeusaste, väsymyksen aste, masentuneisuus, CPAP-hoidon muoto ja CPAP-hoidon sivuvaikutukset.	Tutkimuksen perusteella hoitoon sitoutumattomuus oli suurempaa niillä potilailla, joilla oli käytössään nenä-suomaski tai sierainmaski. Hoitoon sitoutumattomuus oli suurempaa nuorempien henkilöiden ja nais-sukupuolen keskuudessa. Huonoa hoitoon sitoutumista esiintyi myös niiden potilaiden keskuudessa, joilla sairaus oli lieväoireinen, joilla oli taustalla masennusta tai refluksia, CPAP-laitteessa matala paine tai CPAP-hoidon aiheuttamat hankalat sivuoireet. Mikäli suu-nenämaski aiheuttaa huonoa hoitoon sitoutumista, tulisi siirtyä nenämaskiin. Potilaita, joilla on käytössä suu-nenämaski, tulisi seurata erityisen tarkasti.

2(5)

<p>Brander, P., Lehto, J., Kunnas-Vaikkinen, V., Kämäräinen, J., Veteläsuu, U. Pietinalho, A. 2015. Uniapnean CPAP-hoidon seuranta terveyskeskuksessa. <i>Suomen Lääkärilehti</i> (tutkimusartikkeli).</p>	<p>Tutkimuksessa selvitettiin kuinka hyvin Hyvinkään sairaanhoitoalueella CPAP-laitetta käyttävien potilaiden seurannan siirto erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen vuodesta 2005 alkaen on onnistunut. Kaikille vuosina 2005-2007 erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon seurantaan siirtyneille CPAP-hoitopotilaalle (n 442) lähetettiin kyselylomake. Kyselyyn vastasi 80 % potilaista (n 352).</p>	<p>Seurannan siirtymiseen tyytyväisiä oli yli puolet (57 %) potilaista ja terveyskeskuksen CPAP-hoitajan toimintaan 80 %. Valtaosa (87 %) potilaista oli käynyt seuranta-käynneillä terveyskeskuksessa ja sitoutui laitehoitoon yhtä hyvin kuin erikoissairaanhoidossa.</p>
<p>Kreivi, H-R. 2013 Obstructive sleep apnea. From symptoms to follow-up. (väitöskirja)</p>	<p>Tutkimus tehtiin neljässä osassa. Tutkimukset 1 ja 4 tehtiin Helsingissä ja tutkimukset 2 j 3 Hyvinkäällä. Osassa 1 kyselyyn valittiin 200 potilasta, osaan 2 vastasi 524 potilasta, osassa 3 kysely tehtiin 385 potilaalle, osassa 4 kyselyyn vastasi 580 potilasta. Potilaat valittiin kyselyyn vastasi Tehtiin potilaille CPAP-hoidosta 4 eri kyselyä ennen hoidon aloittamista, hoidon aikana ja hoitokokelujakson jälkeen. Potilaat olivat tutkittavina ja hoidettavina Helsingin ja Hyvinkään unilaboratorioissa.</p>	<p>Tehokkain obstruktiivisen uniapnean hoitomuoto on CPAP-hoito, mutta ongelmana siinä on hoitoon sitoutuminen. Tutkimuksessa havaittiin, että jo hoidon aloitusvaiheessa tehty kysely ennustaa huonoa hoitoon sitoutumista. Hyvään hoitoon sitoutumista ennustavaa luotettavaa mittaria ei tutkimuksessa onnistuttu löytämään. Hengityskatkosten tiheämpi esiintyminen unen aikana näyttäisi lisäävän hoitoon sitoutumista, päiväväsymyksen esiintymisellä ei taas puolestaan näyttänyt olevan vaikutusta hoitoon sitoutumiseen. Sosioekonomisella taustalla ei nähty olevan yhteyttä huonoon hoitoon sitoutumiseen. Tärkeimpänä hoitoon sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä nähtiin potilaiden asenteet ja odotukset hoitoa kohtaan.</p>
<p>Lahtinen, M. 2008. Uniapneapotilaan kokemukset saamastaan Cpap-hoidon ohjauksesta ja hoidon sujuvuudesta. (pro gradu -tutkielma)</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata uniapneapotilaiden kokemuksia saamastaan CPAP-hoidon ohjauksesta alkuvaiheessa ja hoidon sujuvuudesta kotona. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla 10 TAYSin unipoliklinikalla CPAP-hoidon aloittaneelta uniapneapotilaalta.</p>	<p>Tutkimuksen mukaan potilaat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Hyvin suunniteltu ja toteutettu hoitoprosessi lisäsi tyytyväisyyttä. Hoidon alkuvaiheessa potilailla oli ongelmia hoidossa käytettävän laitteiston kanssa. Lisäksi nukkuminen laitteen kanssa oli hankalaa ja hoidosta seurasi sivuvaikutuksia, joita olivat nenän ja suun kuivuminen. Asenne hoitoa kohtaan oli usein negatiivinen. Potilaat saivat tukea hoidon jatkamiseen läheisiltään, vertaisryhmästä ja siitä, että kokivat hoidosta olevan apua.</p>

3(5)

<p>Law, M., Naughton, M., Ho, S., Roebuck, T. & Dabscheck, E. 2014. Depression May Reduce Adherence during Titration Trial. <i>Journal of Clinical Sleep Medicine</i> (tutkimusartikkeli)</p>	<p>Tutkimukseen valittiin 240 potilasta, joilla oli käytössään CPAP-hoito obstruktiiviseen uniapneaan. Tutkimuksen avulla haluttiin selvittää, onko masennus yhteydessä uniapnean alkuvaiheen huonoon hoitoon sitoutumiseen. Potilaiden CPAP-käyttöä seurattiin viikon ajalta laitteen tallentamien tietojen pohjalta. Potilaista kerättiin seuraavat tiedot: väestötiedot, taustasairaudet, uniapnean vaikeusaste, laitteen tiedot ja masentuneisuuden tila käyttäen HADS-asteikkoa (Hospital Anxiety and Depression Scale).</p>	<p>Keskimääräinen CPAP-laitteen käyttöaika oli 2,4-4,5 tuntia yössä. Masennuksen nähtiin tutkimuksen perusteella liittyvän huonoon hoitoon sitoutumiseen. Lisäksi tutkimuksesta ilmeni, että lieväoireinen OSA heikentää hoitoon sitoutumista merkittävästi.</p>
<p>Queiroz, D. L. C., Yui, M. S., Braga, A. A., Coelho, M. L., Küpper, D. S., Sander, H. H., Almeida, L. A. Fernandes, R. M. F., Eckeli, A. L. & Pereira Valera, F. C. 2014. Adherence of obstructive sleep apnea syndrome patients to continuous positive airway pressure in a public service. <i>Brazilian Journal of Otorhinolaryngology</i> (alkuperäisartikkeli).</p>	<p>Analysoitiin potilaiden sitoutumista CPAP-hoitoon julkisessa terveydenhuollossa. Taaksepäin suuntautuvaan tutkimukseen otettiin alun perin 156 potilasta, joille tehtiin CPAP-hoidon titrausta vuosina 2008-2011. Potilaat jaettiin kahteen ryhmään hyvin hoitoon sitoutuvat (CPAP-laitteen käyttö 4 < tuntia yössä) ja huonosti hoitoon sitoutuvat. Lopullisessa aineistossa oli 125 potilasta (31 karsittiin pois puutteellisten tietojen vuoksi).</p>	<p>82 potilaista (65 %) sitoutui hoitoon hyvin, kun taas 35 % sitoutui huonosti. Tuloksista kävi ilmi, että potilaat, joilla oli korkeampi apnea-hypopnea -indeksi (AHI) sitoutuivat hoitoon paremmin.</p>

4(5)

<p>Salepci, B., Caglayan, B., Kiral, N., Parmaksiz, E. T., Comert, S. S., Sarac, G., Fidan, A. & Gungor, G. A. 2013. CPAP Adherence of Patients With Obstructive Sleep Apnea. <i>Respiratory Care</i> (lehtiartikkeli).</p>	<p>Tutkimuksessa määriteltiin tekijöitä, jotka vaikuttavat CPAP-hoitoon sitoutumiseen. Tarkasteltiin myös objektiivisen ja subjektiivisen sitoutumisen eroja. Tutkimuksessa haastateltiin henkilöitä, joilla oli käytössään CPAP-hoito. Heitä pyydettiin kertomaan hoidon sivuvaikutuksista. Haastattelut tehtiin 1,3,6 ja 12 kuukauden kuluttua sekä puolivuositain tämän jälkeen. Tutkimus toteutettiin vuosina 2005-2011. Hoitoon sitoutuneina pidettiin ryhmää, jotka käyttivät CPAP-hoitoa vähintään 4 tuntia yössä ja sitoutumattomina niitä, jotka käyttivät hoitoa vähemmän. Tutkimuksessa mukana 648 potilasta, joilla oli diagnosoitu OSA. Potilaat osallistuivat joko tapaamisiin henkilökunnan kanssa tai heille soitettiin puhelimitse.</p>	<p>Tässä tutkimuksessa nuoremmat potilaat sitoutuivat hoitoon paremmin. Hoitoon sitoutumista lisäsi se, että potilaat kokivat hoidon auttavan päiväväsymykseen ja parantavan unen laatua. Hoitoon sitoutumattomien ryhmässä rintakipu, vaikeus nukahtaa, ja unihäiriöt olivat yleisempiä. Tutkimuksen aikana tutkimukseen valituista vain 38,3 % osallistui sovittuihin tapaamisiin, vaikka heille oli soitettu useamman kerran ennen sitä. Tutkimukseen mukaan matala sosioekonominen status ja tietämättömyys uniapneasairauden vakavuudesta heikentää hoitoon sitoutumista. Objektiivinen hoitoon sitoutuminen näyttäisi olevan matalampi kuin subjektiivinen kokemus siitä. Visuaalista ja havainnollista ohjemateriaalia tulisi käyttää ohjauksessa. Potilaita tulisi rohkaista osallistumaan tapaamisiin, hoitoon sitoutumista tulee tarkastella objektiivisesti ja tulisi myös korostaa CPAP-laitteen käytön vaikutusta päiväväsymykseen sekä unenlaatuun.</p>
<p>Salomaa, E.-R., Myllylä, M., Kurki, S., Anttalainen, U., Virkkala, J., Saaresranta, T. & Laitinen, T. 2013. Uniapneapotilas 2000-luvulla: kenelle CPAP-hoito aloitetaan ja miten siihen sitoudutaan? <i>Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim</i> (alkuperäistutkimus)</p>	<p>Tutkimuksessa selvitettiin uniapneapotilaiden CPAP-hoitokäytäntöjen muutoksia ja hoitoon sitoutumista 2000-luvulla. Aineistona tiedot 4385 CPAP-hoidon TYK-Sissä vuosina 2002-2009 aloittaneesta potilaasta. Analyysi tehtiin SPSS Inc PASW Statistics 17 -ohjelmalla. Hoitokäytäntöjen muutoksia arvioitiin vertaamalla CPAP-hoidon aloitusvuoden mukaan muodostettuja luokkia sekä hoitoon sitoutumista kuvaavia luokkia toisiinsa.</p>	<p>Keskimäärin 74 % potilaista sitoutui hoitoon, lievää uniapneaakin sairastavista yli 60 %. Huono sitoutuneisuus ilmeni heti hoidon alussa vähäisinä käyttötunteina. Vaikeaa uniapneaa sairastavista 18 % ei sitoutunut hoitoon. CPAP-hoidon aloittaneiden määrä lisääntyi 2000-luvulla, mutta 27 % potilaista käytti laitetta suosituksia lyhyemmän aikaa.</p>

5(5)

<p>Sedkaoui, K., Leseux, L., Pontier, S., Rossin, N., Leophonte, P., Fraysse, J.-L. & Didier, A. 2015. Efficiency of a phone coaching program on adherence to continuous positive airway pressure in sleep apnea hypopnea syndrome: a randomized trial. <i>BMC Pulmonary Medicine</i>. (tutkimusartikkeli).</p>	<p>Tutkimukseen valittiin satunnaistetusti kaksi eri ryhmää potilaita, joilla oli hiljattain diagnosoitu uniapnea/hypopnea syndrooma (SAHS). Toinen ryhmä sai puhelinneuvontaa sairautensa hoitoon kolmen kuukauden ajan ja neuvontasoiottoja oli viisi. Tutkimukseen osallistui 379 potilasta. Toinen ryhmä ei saanut neuvontaa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, vaikuttaako puhelinohjaus CPAP-hoidon käyttötunteihin hoidon aikana.</p>	<p>CPAP-hoitoa yli 3 tuntia yössä neljän kuukauden aikana käyttäneiden osuus oli 65 % verrokkiryhmässä ja puhelinneuvontaa saaneiden ryhmässä vastaava luku oli 75 %. Tutkimuksen tulos oli, että vähäinen CPAP-laitteen käyttö oli lisääntynyt puhelinohjauksen ansiosta. Potilaat näyttäisivät siten hyötyvän hoidon aikaisesta puhelinohjauksesta merkittävästi.</p>
<p>Wang, Y., Gao, W., Sun, M. & Chen, B. 2012. Adherence to CPAP in Patients With Obstructive Sleep Apnea in a Chinese Population. <i>Respiratory Care</i> (lehtiartikkeli).</p>	<p>Tutkimuksessa arvioitiin kiinalaisten OSA-potilaiden sitoutumista CPAP-hoitoon. Tutkimuksessa oli mukana 210 potilasta, joilla oli diagnosoitu OSA ja aloitettu CPAP-hoito. Potilaat haastateltiin puhelimitse ja kysyttiin heidän vuorokautista CPAP-laitteen käyttöaika. Potilaat, jotka olivat käyttäneet CPAP-laitetta vähemmän kuin 4 h/vrk ja viikoittainen käyttöaste oli alle 70% luokiteltiin hoitoon sitoutumattomiksi. Lopullisessa aineistossa oli mukana 193.</p>	<p>Yleisin syy hoitoon sitoutumattomuuteen oli sopeutumattomuus CPAP-hoitoon ja se, että CPAP-hoidon hyötyjä tai tarvetta ei nähty. Myös joka öinen käyttö nähtiin hankalana. Kiinan Tianjinissa hoitoon sitoutui vain 50 % potilaista. Puolet potilaista ei edes aloittanut hoitoa tai lopetti hoidon saman tien. Hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää huomiota siihen, että hoidon aloitusvaihe olisi potilaan kannalta mahdollisimman miellyttävä kokemus.</p>